

自主対応型安全衛生活動の考え方・進め方

ILO安全衛生部長 小木和孝氏に聞く

全国安全センターでは、自主対応型の労働安全衛生活動の実践・普及、そのためのILO「安全、衛生、作業条件トレーニングマニュアル」の活用を進めていますが、その推進のために、連載で特集記事を掲載していきます。各地の活用事例・経験、及び、マニュアルの解説・補助教材となるような内容を紹介していく予定です。今号では、それに先立ち、アジア各国でマニュアルを使った実践をてがけ、日本語版マニュアルの監訳者でもあるILO安全衛生部長の小木和孝氏へのインタビューを紹介し、小見出しが言わば質問で、それに対する小木氏の答えを編集部の責任でまとめたものです。

自主対応型安全衛生活動のはじまり
—フィリピンでの経験から—

アジアで最初にとらえたのは活動家ですね。活動家といえども、そんなに現場に入り込んでいくわけではないから、職場の安全衛生条件の向上にそう貢献したとはいえません。で、こういうやり方でうまくいくはずだと(こちらから)いって、中小企業でやりたいという気はあったから、中小企業を対象にしてやりましょうといって、そういう専門家クラスを最初に説得したら、面白いじゃないかということになって、それで始まった。

参加してくれる経営者を探すのが一番の苦勞で、それはこちらも最初からそう思ってたんですね。いろいろと、日本の日経連みたいところに話をつけて、それでいいですよといってくれるんだけど、ちっともそれでは参加してくれる人が出てこないわけ。

しょうがないので、ケソン市でやろうと決めて、ケソン市のいろいろな業者団体に行ったわけ。靴の産業の団体とか、家具の団体とかです

ね。そこへ行って話をすると、面白いという人が何人か出てくる。最初はマニラ中から、そういう人を掻き集めてやった。やり出したら、ご存知のようにフィリピン人は乗ってくるから、もう、すぐうまくいったという感じね。

ミソは、現場ですでに改善が行われているというこちらの信念で、それはあったわけですよ。前からのいろいろなスタディなどもあるし。だから、現場へ行って、まずいいところを集めましょう。そのスライドをとって、千枚とれば百枚はいいところがあると。で、いいところだけのスライドを使う。

二百枚もあれば、安全衛生、人間工学の基本線は全部出ちゃう。それも、現場のいい例で示せるわけですよ。日本のいわゆる専門家と話して、一番あれと思うのは、そういうことを信じていないことですね。現場にいい例があるということに信じていない。自分たちが何か説得してやらないと、現場が改善しないんじゃないかと、今でも思っている。でもそれはまちがいで



安全衛生の原点と中小企業での展開
—職人世界から学ぶもの—

現場にすでにある改善に学ぶということは、僕自身の考えでいえば、公害が全く同じだと思うんですね。公害というのは、環境と人間との接点でしょ。なぜ公害が問題になったかといえば、やはり、技術が変わりすぎたために、環境との関わり合いが大きく変わりすぎた。小さく変わっていれば、人間社会というのはうまく適応できるわけよ。それが、まあ職人世界だと。職人世界が長年続いてきたもとは、環境問題はそんなに深刻化しない。それぞれ何か打つ手を考えるから。もちろん、それだけではつかみきれない新卒の災害も常にあるけれど。

職人生活を何世代もかけてやっているところでは、安全衛生も、そう深刻化しないというのが、伝統だったと思うの。それが、近代産業が入ってきて、大きく様変わりしたんで、だめなわけですよ。日本の公害問題も、巨大技術的なものがわっと入ってきて、環境適応できないところに常に起こってきたわけだから。それと同じで、労働安全衛生も、新卒の技術が入ってきて、それに適応できかねるところで問題が深刻化する。

ということは、現場ではそれぞれ考えて手を

打っているに違いない。実際にそうなんですよ。それをもう何千年も人間はやってきているわけだから。そう考えれば、中小企業は、遅れているのではなくて、そういう経験を交流するだけの横のネットワークがないだけで、実際はいろいろとやられているに違いない。だから、そのやられていることを育てれば、現場的な技術を使っているわけだから、現場的な技術で解決に役立つ改善があるに違いない。実際に調べれば、そのとおりにあるんですよ。そのとおりなんだということ、まだわかっていない人がいるということなんだ。

アクション型のチェックリストを武器に
—精密な測定・評価がいつも必要か—

これまでの専門家が請け負う形の安全衛生をやめて、改善型の安全衛生の展開をフィリピンで始めたのが84年ですからね。85年にインド、86年にタイでやって、だからまだそんなにたっているわけではないわけ。最初は、こっちもト Cotton自信があったわけではないわけ。で、フィリピンでやったからといって、インドでうまくいくというわけでもなからうと。

方法もいろいろと変えたわけですよ。ほめるという基本線は変わらないんだけど、つまり、現場のいい例を集めるという基本線は変わらないんだけど、集めてきた例をどうように説得して、グループ活動をやるかというのは、84、85、86年ころに徐々にできた。チェックリストをどう使うかも、こっちはチェックリスト派だからさ。チェックリストが意味があると思ってたんだけど、84年に最初にフィリピンでやったときは、ILOの他の人もチェックリストが役に立つとは思ってなかったわけ。こちらは経験があるから、役に立ちますよと。それで、アクション型のチェックリストを進めて、まあそれがたいへんうまくいったわけですよ。

よ。

それを参考にして、それぞれの地域・職域に合った方法で使うというのがうまくいった。

現場に密着した安全衛生活動
—ローカル・プラクティスに
依拠すること—

まあ、現場の安全衛生が全部すんなりうまくいっているかという、そうではないからこそ問題があるわけで。それをどうするかということが、一番肝心なんですけれどね。

だけど、やはり、現場でやられていることに依拠して、その上に積み上げるというやり方が必要だということは、まさにそうだと思うんですけれどね。その原則からいえば、ビルド・ローカル・プラクティスですね。ということは、ローカル・プラクティスが先あって、現場でやられていることの中に、いい面もあれば失敗もあるし、それから、うまくいくとは限らないし、横の経験が繋がっていないわけだから、そこに入り込んだ人たちがうまくアドバイスできるという側面は常にあるわけです。まあ、だいたい医者とか技術者というのは、そもそもそういう立場のものでしょうけれども。そういう側面を認めつつ、しかし、現場ですでにやられていることの中にいい面があって、それを積み上げるしかない。積み上げることが、一番解決に早くつながる。そういう、何とか、確信だね。

それと、もう一つ、最初から考えていたのは、外から入り込んでいい解決方法を見つけてあげて、そのいい解決方法が現場に適應されるのを待っていたのでは、全世界に何億とある中小企業の現場全てに、とても手が及ばない。そういうのを、全部、専門家が入れ知恵をしてあげて現場をよくするのを待つというのは百年を待つどころか千年待ってもだめなんで。それは、と

ても待てない。

たとえば、日本の監督官を考えても、数だっただけで限られているわけです。だから、監督官が行ったって、いちいち全部測定してあげて、処方箋を書いてあげて、その処方箋が企業主にわかってもらえて、企業が金を出しますと言って、それから専門家がもう一度、それではそれを具体化するためにはというアドバイスをしてあげて、というのを待っていたのでは、とても待ち切れない、というのは基本にあるわけです。

改善のプライオリティは現場で

改善のプライオリティは現場が決める、と思うわけ。だって、中小企業のいろいろな現場を考えたら、全部の現場で、科学的に、合理的なように、全ての解決策が、明日からうまくいくってことはないわけですよ。

するともう、ハナから、そのプライオリティを決めていかなければいけない。そのプライオリティを決めるのは誰かといったら、現場の人が決めるべきであって、外から出かけていった人が、これが一番いいですよといったってだめなわけ。だいたい、やってくれないし、これが一番プライオリティだっただけのこと的を射ているかどうかの何の確証もないわけですよ。そうしたら、やはり、現場の人がやりたいというのをやるというのが、プライオリティとしては一番正しい決め方だと思う。

安全衛生教育について
—インフォームドコンセントの重要性—

教育、エデュケーションというのは、ウエル・インフォームという言葉がありますし、インフォームド・コンセントという言葉もありますが、要するに、情報を的確につかんだうえでということがありますよね。それが、アドバイザ



一の役目だと思いますね。

でも、それもやはり、現場でどういうふうに行っているかということと離れて、情報というのは伝わらないし、向こうも受け止めてくれないわけだから、ローカル・プラクティスから持ち上げていくわけですよ。

全部の職場で一斉によくなるわけだから。じゃあどうするかというのが、われわれの目の前にある問題でしょ。そうしたら、現場ですることができることをやる。それで自信を持ったら、次にどうするかということで行く。これは、安全衛生は、実は全てそういう立場でやってきたと思うんですけれどもね。

教科書的にいうと、最善のオブティマムの状態があって、それに合わせてオブティマムの状態にいかにか近付けるかとやって、専門家がこれが一番大事なんですと決めるというふうになってきたと思うんだけど、実際に世の中で起こっているのはそうではない。やはり、現場ですることができることから手を染めて、学びながら、次に必要だということをやっていく。もちろん、やっていくときに、もっとひどい職業病とか災害とかを忘れていた場合もあるわけだけれど、でも、それも外からこっちの方がいいとはいえないでしょ。そういうことが正しいかどうかともわからないし、だいたい、少しやり始めた人はエ

ンカレッジして次にやっていくということが安全衛生の基本だとすれば、そういうエンカレッジがつくようなかたちで仕事をするのが一番いいわけだから。

行政への期待
—国家基準作りからアドバイザリー・サービスの担い手へ—

労使双方の自主的な取り組みという場合の、行政の役割というのは、ナショナル・スタンダードを提示するだけではないんですね。それだけではだめだということは、何とか、日本も含めてははっきりしているわけですから。

現場の人が自分たちで問題点を的確につかむのを支えてあげるといって、それから、それを解決するいろいろなオプションがあるわけですよ。そのオプションを教える。つまり、それは、アドバイザリー・サービスに徹していくということですね。で、それは、国家標準を定めてそれでやるという基準ベースのこと、車の両輪であって、基準を片一方で決めて、その引き上げを図るといって同時に、非常に具体的で役に立つアドバイスを与えていかなければいけない。それがアドバイザリー・サービスということ。ところが、アドバイスの与え方も、外から強圧的に与えていたのでは、実際にアクションに結び付かないわけですよ。アクションを起こすにはどうしたらよいかというのが、今の一番の問題点だと思うわけですよ。

だから、基準を定めてその基準を守らせるように強制力を働かせて社会的に啓発を図れば、それでみんなそうだとわかっていくというのが、基準ベースの考え方ですけど、それはもう完全に破産してしまったわけね。完全に破産した。実際問題としても、それから、考え方としても。そうしたらどうするかということにきて、それに代わるものを考えようとするれば、やはり、

現場主義でいくしかしょうがないわけですよ。

巨大技術の中で労働者の一人
一人は安全衛生を担えるか

巨大システムの中に個は埋没してしまい、自主対応型の安全衛生活動は無効だという声をききますが、無効だというからには、他のよりよい方法があるわけですよ。それはどういう方法なんですか。システムの考えるにはシステム的に分析して、その中で一番貢献度の大きい対策を考え出して、それを現場に説得してやらせると。で、外から持ち込めば、科学的なんだからみんないうことを聞いてくれると。そういうことですよ。それでうまくいくならいいわけだけれど、うまくいかないんじゃないですか。いかなから、今度の原発騒ぎにしてもボパールにしても、イギリスのパイプアルファにしても、巨大技術が持っている本来の弱味、つまり外から持ち込んだ規範でいけばうまくいくというタテマエですよ。そこに一番欠けているのは、マネジメントの観点ですよ。別の言葉でいえば、組織の問題。

例えば、イギリスで今非常に議論があって面白いと思っているのは、例のパイプアルファの事故が起こって167人死んで、で、なぜ起きたかというのをやって、カレン・レポートというのが出されているわけです。去年の11月に出たばかりのレポートですけども、そこでいっているのは、起こり得べくリスクをきちっととらえて、それをマネジメントしていく体制がなかったと。それは要するに、巨大技術ほどないわけよ。システム的に考えられた方がうまくいくということはないわけです。で、カレン・レポートの教訓は、やはり、現場の人に学んで、外から基準を持ち込んでそれを守らせるというのではなくて、マネジメントを育てないだめだと。まあ、マネジメントという言葉には、日本

人はまだ抵抗があるかもしれないけれど、でも、組織ですよ、組織的な対策を講じて、みんなが参加できて、現場の人の声を積み上げて、ここが危ないとみんながいい出したら、ここにすぐ手を打つという、現場の声にすぐ応えるような体制ができてないから、パイプアルファが起きた。そういう認識ですよ。

作業組織と安全衛生
—有害環境、人間工学、労働
時間改善ともう一つの課題—

今度のILOとスウェーデンのトレーニングマニュアルの中に、ワーク・オーガニゼーションの一章がありますよね。この点が日本のこれまでの安全衛生のとらえ方より大分広いかもしれない。ワーク・オーガニゼーションの問題というのは、現場のグループ・スタディをして、解決策—それは参加型の解決策—を見いだしてもらって、そこで、みんなが作業計画、安全衛生計画を含めた計画に参加してもらって、やるというそういうタテマエなんです。だから、それが日本でわかりにくいというのは、ある意味でわかるような気がするんですけど。やはり規範型のはだめだということなんですね。現場に人たちが参加して、決まったことだけやるという体制ではなく、仕事の仕組みも考えたい、グループ・ワークも考えたいと。ただし、グループ・ワークを考え出せば、いろいろなノウハウがあって、バッファー・ストックを入れるとか、コンベアをやめちゃうとか、グループの目標を立ててやるとか、そういうことなんですよ。

QC活動とどこがちがうか

そうですね。やはり、参加の目標立てから自分たちでやっていくということが、QCと違うところ

ろじゃない。QCというのは、やはり経営目的があって、かなり精神訓話的なところで全員参加でやっちゃうわけですよ。ただ、QCがうまくいく理屈はあって、小集団でやるからうまくいくわけ。だから、小集団を使うというところでは一致するわけだけれども。

改善効果の評価について

改善の評価については、よく聞かれますが、改善すればそれでいいんじゃないかというのが、僕の答えです。それから、もし評価を入れるとすれば、それは、次にどうつながるかということが、一番大切なことです。一斉に全部よくなるということを基本に考えていくわけだから、そうすると、次から次へとつながっていくのが一番いいわけですよ。ある改善をしてそれがどのくらい効果があったかという評価は、非常にスタティックな評価なわけですから、もっとダイナミックに評価しようとするれば、その次にどうつながっていくかということが大事で、その次にどうつながっていくのかというのは、組織的な要因ですよ。その次にどういうふうみんなが計画に参加できて、これならこれでいいというふうなみんなの意見を取り上げる体制があって、まずいとなったらそのまずい点をみんなで討議し合うような体制ができていくものかどうかということが、評価の一番大事なところじゃないか。

現場の担い手とどう協同するか

現場との連携を僕らの経験からいうと、考え方が非常に大事なわけ。現場に学んで現場のいいところを伸ばすという考え方を本当に理解してくれたら、あとはつながるという感じね。それはまあ、コロンブスの卵的なところがありますね。ようするに、それをつなげていく立場の、

言わばトレーナーに当たる人たちが、本当に現場に学んでいければいい改善につながるんだという信念を持てば、うまくいく。それを、そうは思わないで、専門家然としていつまでもやっていたら、結局は、その専門家がいる間だけつながるけれど、あとにつながらないという感じですよ。だから、インドなどでいっても、そういうつなげてくれる人はそんなに数多くいるわけではないけれども、でもそれでやりましようという声がかだんだん大きくなって、プロジェクトでやるとか、監督官中心に新しい考え方でやろうとか、インドみたいな風土でロー・コストが好きでロー・コスト中心でやるとか、そういう広がり方がある。だから、その現地で、現場に学ぶということを本当に理解してくれる人たちが増えていけば、横にどんどんつながっちゃうという感じですね。

デンマークの例がいつも出てきますけれど、デンマークでうまくいっているのは、やる人が横にどんどん広げちゃってるわけね。そういう人たちは、実は必ずいるわけですよ。 ■



本編/チェックリスト/トレーニングリーダーのための手引の3分冊で定価1,950円
御希望の方は全国安全センターへ電話で

介護料の改正と労災被災者の介護の実態

介護補償は二本立てに

現行労災保険法では、介護料は、重度障害者で自宅で常に介護を受けている労災被災者に対する援護措置として、保険給付ではなく労働福祉事業として支給されている。介護料の支給については、昭和55年4月5日付け基発第165号労働省労働基準局長通達により実施されているが、今年4月からこの通達が一部改正された(後掲の平成3年4月12日付け基発第261号通達による)。今回はこの改正の内容を紹介するとともに、労災被災者の介護の実態にふれてみたい。

介護料は、次に掲げる全ての要件を満たすものに支給することとされている。

- ① 障害(補償)年金又は傷病補償年金を受けていること。
- ② 身体障害又は障害の状態が次のいずれかに該当すること。
 - イ 神経系統の機能又は精神の著しい障害により、常に介護を要すること(=障害(傷病)等級第1級に該当するもの、ハに掲げるものを除く)。
 - ロ 胸部臓器の機能の著しい障害により、常に介護を要すること(同前)。
 - ハ せき髄の著しい障害により、常に介護を受けていること(=障害(傷病)等級第1級に該当し、かつ、食事を運んでもらえれば自分で食べることができるが、衣服着脱、用便等食事以外の生理的基本動作に常に他人の手助けを要するもの)。
- ③ 現に自宅において介護を受けていること

(介護を行う者には、他人はもちろん、家族も含まれ、また、介護に要する費用を現実に支出しているかどうかは問わない)。

この要件に変更はないが、これまで月額40,500円だった介護料の額が、今回の改正で51,400円に引き上げられた。

さらに、実際に介護に要する費用として支出された費用の額が51,400円を超えるときは、94,500円を限度として支出された費用の額を支給することとされた。「介護に要する費用」とは、介護人(被介護者の配偶者、直系血族及び同居の親族を除く)に対して介護の対価として支払った賃金、日当、謝金、交通費等の費用をいう。

二本立ての支給体系になったわけだが、介護を行う者が「被介護者の配偶者、直系血族及び同居の親族」である場合には、現実にくら費用が必要でも、または、それらの者が介護を行うことによりいくら収入が減じたとしても、一律支給の51,400円しか支給されないということになる。

この改正と軌を一にするように平成3年度の労働省予算で、新規「社会復帰・援護事業」として、「在宅被災労働者に対する介護者紹介・要請事業経費」が計上され、(社)全国国民職業紹介事業協会に2,100万円が委託されることになった。その詳細は同協会に問い合わせてもよくわからなかったが、同協会は理美容師、調理師、ファッションモデル、マネキン等の国民職業紹介事業者団体の統一団体で、今回の事業は、同協会加盟の(社)日本臨床看護家政協会、(社)日紹連看護婦家政福祉協会、(社)全日本国民職業紹介事業福祉協会の3団体が担当すること

になるという。

ちなみに、これらの団体の紹介所を通して看護婦・家政婦を利用したときの費用は、地域や仕事の内容で異なるが一般的な賃金の目安は次のとおりとされている。

時間	看護婦	家政婦
5時間以内の場合	時給1,500～2,000円程度	時給1,000～1,500円程度
5時間～8時間の場合	1日9,000～15,000円程度	1日5,000～9,000円程度
8時間を超える場合	時間外手当を時間数に応じて加算	

実際に必要な費用は、表の賃金と交通費の実費を看護婦・家政婦に、他に紹介所に1件540円と賃金の10.1%の手数料を支払うことになる。労災保険から94,500円の介護料が支給されたとしても、現実に必要な費用に満たないケースがまだまだたくさん出てくる。

労災被災者の介護の実態

一方、労災被災者の介護の実態についてみると、(財)労災年金福祉協会が毎年労災年金受給者の生活実態調査—障害(補償)年金、遺族(補償)年金、傷病(補償)年金の各受給者とその家族について3年に1度のアンケート調査になる—を行っている。

直近のものでは、90年2月にまとめられた「労災保険傷病(補償)年金受給者の生活実態調査結果報告書」(以下「傷病調査」という。89年8月現在の傷病(補償)年金受給者22,000人のうち30%にあたる6,600人を抽出し3,489人(52.9%)の有効回答)と、91年2月にまとめられた「労災保険障害(補償)年金受給者の生活実態調査結果報告書」(以下「障害調査」という。90年8月現在の障害(補償)年金受給者81,000人の

うち10%にあたる8,100人を抽出し5,075(62.6%)の有効回答)があるのでこの内容を紹介する。

① 日常生活の状態

傷病(補償)年金受給者の76.2%が在宅療養。そのうちの約20%が「殆ど寝たきりの状態」か「日常生活の大部分について介護を受けている」。入院療養者では50%以上になる。

(単位 %)

区分	計	入院	在宅	無回答	
(3,489人)	100.0	14.7	76.2	9.1	
前回	100.0	15.7	84.1	0.2	
傷病等級	1級	100.0	32.4	61.2	6.4
	2級	100.0	31.4	61.8	6.8
	3級	100.0	8.8	81.2	10.0
傷病区分	じん肺	100.0	10.6	79.6	9.7
	せき損	100.0	23.5	69.4	7.1
	その他	100.0	25.2	66.6	8.2

(単位 %)

区分	計	殆んど寝たきりの状態である	日常生活の大部分について介護を受けている	軽易な行動は可能であるが一部について介護を受けている	日常生活をほぼ自力でできる	その他	無回答	
(3,489人)	100.0	9.4	14.1	23.0	46.3	0.5	6.7	
前回	100.0	8.0	15.1	30.4	45.7	—	0.8	
傷病等級	1級	100.0	34.1	33.8	16.6	6.6	1.6	7.4
	2級	100.0	11.7	25.2	30.1	24.3	0.3	8.4
	3級	100.0	3.7	8.4	23.6	57.8	0.3	6.3
傷病区分	じん肺	100.0	4.3	8.7	23.1	57.4	0.2	6.2
	せき損	100.0	24.0	33.2	24.4	11.4	0.8	6.2
	その他	100.0	17.2	16.9	20.0	34.4	1.4	10.1
入院療養者	100.0	28.0	22.9	18.1	14.6	1.6	15.0	
在宅療養者	100.0	6.2	12.6	24.1	52.1	0.3	4.6	

障害(補償)年金受給者では、「殆ど寝たきり」と「軽易な労働(行動)はできない」を合わせて、全体で約16%、70歳以上の方では約25%、障害等級第1級の方では約53%となっている。

② 日常生活における不便の内容

日常生活上、特に不便を感じている内容についてみると、傷病(補償)年金受給者では各種各様であるが、全体を均しても「入浴」に不便を

(単位%)

区分	計	殆んどまたは 完全な状態	殆んどまたは 完全な状態 ではないが、 介護(行動) はできない 状態	軽度な労働 (行動)は できる	通常の労働 (行動)は できる	その他	不明
(5,075人)	100.0	(135人) 2.7	(689人) 13.4	(2,392人) 46.9	(1,256人) 24.7	(150人) 3.0	(472人) 9.3
前回	100.0	2.6	14.3	53.5	24.3	2.0	3.3
障害等級							
第1級	100.0	19.4	33.6	33.3	5.5	2.5	5.7
第2級	100.0	9.0	49.3	25.7	4.2	3.5	8.3
第3級	100.0	5.0	35.6	4.8	4.0	2.2	10.4
第4級	100.0	1.0	9.9	5.81	2.04	3.0	7.6
第5級	100.0	2.2	13.0	5.13	2.33	3.1	7.2
第6級	100.0	0.5	9.7	5.30	2.44	2.8	9.5
第7級	100.0	0.5	7.0	4.47	3.39	3.1	10.9
年齢層別							
29歳以下	100.0	2.2	3.8	3.68	4.88	3.0	2.2
30歳~39歳	100.0	1.3	4.0	3.98	5.09	1.8	2.3
40歳~49歳	100.0	1.6	6.9	4.56	3.88	1.8	5.2
50歳~59歳	100.0	2.2	16.4	5.06	2.08	2.2	7.8
60歳~69歳	100.0	3.1	16.0	4.96	1.49	4.2	12.2
70歳以上	100.0	5.6	19.7	4.15	9.4	4.6	19.2

感じている者が著しく多い。傷病(補償)年金受給者については、介護を受けている場合の介護の内容についても調査しているが、やはり「入浴」が最も高い。

(単位%)

区分	計	排泄	着替え	食事	入浴	歩行	掃除	その他	無回答
(740人)	46.5	43.9	40.9	62.3	40.5	40.9	4.5	6.4	
前回	38.7	29.9	28.9	48.3	57.6	39.0	5.7	-	
傷病等級									
1級	87.3	53.4	52.2	84.1	21.9	43.8	6.0	1.6	
2級	46.9	38.0	44.4	71.6	55.6	43.2	2.5	2.5	
3級	21.3	35.3	33.3	47.1	49.0	38.7	3.9	10.0	
傷病区分									
じん肺	18.1	32.7	35.1	47.4	47.1	39.8	2.9	9.6	
せき損	81.1	50.0	45.0	78.9	25.7	44.3	5.4	2.5	
その他	46.6	61.9	48.3	66.1	56.8	36.4	6.8	5.9	

(複数回答)

区分	計	排泄	着替え	食事	入浴	歩行	掃除	その他
(740人)	46.5	43.9	40.9	62.3	40.5	40.9	4.5	6.4
前回	39.8	40.0	40.2	57.8	42.0	44.4	7.9	

障害(補償)年金受給者では、傷病(補償)年金受給者と障害の程度が同程度とされる第1級~第3級の者で、「排泄・排便」(63.4%)、「歩行」(59.5%)、「入浴」(60.6%)と高い率で不便を感じている。

③ 介護の有無

日常生活が不便のために介護を受けている者は、傷病(補償)年金受給者で50.5%(第1級76.8%~第3級41.0%)。

障害(補償)年金受給者で、第1級75.4%、第2級68.3%、第3級50.4%、全体では35.1%となっている。この質問に対する回答では、「無回

(単位%)

区分	計	排泄	着替え	食事	入浴	歩行	その他	不明
(3,031人)	100.0	28.1	43.7	28.7	35.9	42.7	12.7	1.9
前回	100.0	26.8	47.3	31.8	35.5	39.6	10.5	3.2
障害等級								
第1級	100.0	78.8	36.4	33.0	67.9	45.5	8.1	0.6
第2級	100.0	57.7	50.4	33.3	59.3	76.4	4.9	0.8
第3級	100.0	44.7	43.0	22.8	50.9	70.2	7.5	-
第4級	100.0	16.3	40.2	17.9	40.6	45.0	9.2	3.2
第5級	100.0	22.6	41.3	26.0	44.5	50.6	8.7	2.2
第6級	100.0	16.5	52.2	36.6	31.7	28.9	15.1	1.8
第7級	100.0	17.1	42.9	27.9	16.9	34.8	17.8	2.6
年齢層別								
29歳以下	100.0	25.3	42.7	33.3	41.3	28.0	16.0	1.3
30歳~39歳	100.0	26.2	39.9	7.95	33.3	33.9	16.9	1.1
40歳~49歳	100.0	28.7	39.1	27.2	31.5	37.5	12.4	1.4
50歳~59歳	100.0	29.0	44.1	28.4	38.2	42.5	12.0	2.0
60歳~69歳	100.0	27.9	44.5	28.9	34.5	48.0	13.4	1.8
70歳以上	100.0	26.8	50.4	30.1	40.0	46.5	10.9	3.6

(単位%)

区分	計	介護を受けている	介護を受けていない	無回答
(1,464人)	100.0	50.5	21.2	28.2
前回	100.0	69.6	27.5	2.9
傷病等級				
1級	100.0	76.8	4.0	19.3
2級	100.0	57.4	18.4	24.1
3級	100.0	41.0	27.3	31.7
傷病区分				
じん肺	100.0	39.7	27.1	33.2
せき損	100.0	70.4	8.0	21.6
その他	100.0	57.8	22.1	20.1

答「不明」が多いのが特徴であり、「介護を受けたいが受けられない」状況を反映しているのではないと思われるのである。

(単位%)

区分	計	有	無	不明
(3,031人)	100.0	(1,065人) 35.1	(1,319人) 43.5	(647人) 21.4
前回	100.0	43.8	49.2	7.0
障害等級				
第1級	100.0	75.4	13.1	11.5
第2級	100.0	68.3	16.3	15.4
第3級	100.0	50.4	26.8	22.8
第4級	100.0	33.9	48.6	17.5
第5級	100.0	32.3	46.9	20.8
第6級	100.0	28.1	47.5	24.4
第7級	100.0	20.9	54.8	24.3

④ 介護者

主として誰が介護をしているかについてみると、「配偶者」が最も多く(傷病(補償)年金受給者で79.6%、障害(補償)年金受給者で81.2%)「配偶者以外の家族」を含めるとほとんどを占めている。「派出婦」「家政婦」等は極端に少

ない。配偶者・家族の場合には、今回の改正によっても51,400円の介護料しか支給されない。配偶者・家族が介護を担当している理由については聞いていないが、介護補償が十分でないことも大きな理由であろう。

(単位%)

計	配偶者	配偶者以外の家族	知人・隣人	派出婦	その他	無回答
(740人) 100.0	79.6	13.6	1.2	0.5	0.7	4.3
前回	81.0	15.1	2.7	0.7	0.2	0.2

(単位%)

区分	計	配偶者	配偶者以外の家族	知人・隣人	家政婦	その他	不明
(1,065人)	100.0	81.2	10.0	2.0	1.3	3.8	1.7
前回	100.0	82.8	10.8	2.0	0.6	1.9	2.0
障害等級							
第1級	100.0	77.7	13.2	2.1	2.9	3.7	0.4
第2級	100.0	82.1	11.9	3.6	-	2.4	-
第3級	100.0	76.5	13.0	0.9	2.6	4.3	2.6
第4級	100.0	89.4	8.2	1.2	-	1.2	-
第5級	100.0	82.9	9.8	1.2	0.6	3.7	1.8
第6級	100.0	85.4	5.1	1.9	1.3	3.8	2.5
第7級	100.0	79.8	8.7	2.8	0.5	5.0	3.2
世帯員別							
単身者	100.0	-	-	38.0	16.0	38.0	8.0
2人	100.0	86.6	9.2	0.5	1.0	1.7	1.2
3人	100.0	83.3	10.8	-	-	2.7	3.2
4人	100.0	85.0	11.2	-	0.6	2.5	0.6
5人以上	100.0	84.5	12.5	-	0.5	2.0	0.5

⑤ 介護についての問題

傷病(補償)年金受給者では、介護について不安や問題があるとする者が全体の52.6%おり、その内容は「介護の交替者がいない」58.6%、「介護者が病弱」44.5%、「介護者が高齢」43.4%となっている。

(単位%)

区分	介護者が高齢である	介護者が病弱である	介護者の交替者がいない	家事・育児がおろそかになる	その他
(589人)	13.4	44.5	58.6	9.8	3.1
前回	41.0	49.5	49.1	10.8	7.7

障害(補償)年金受給者の場合でも同様の訴えが多い。ここでは「介護に費用がかかる」という設問もしているが、とくに第1級や単身者の場合に10%を超えている。

⑥ 介護を受けていない事由

日常生活上の不便がありながら、介護を受けていない事由については、傷病(補償)年金受給

(単位%)

区分	介護料が高額である	介護料が例外的である	介護料が例外的である	介護料がかかる	介護のために家事・育児がおろそかになる	その他	不明
(1,065人)	17.7	18.2	22.4	6.2	7.7	7.6	44.1
前回	27.9	33.7	37.4	9.2	21.3	8.9	-
障害等級							
第1級	24.0	22.7	37.6	11.2	10.3	7.0	26.4
第2級	23.8	21.4	38.1	8.3	13.5	4.8	32.1
第3級	20.0	25.2	22.6	7.8	7.8	5.2	41.7
第4級	15.3	14.1	14.1	4.7	12	15.3	48.2
第5級	16.5	16.5	14.0	6.1	7.3	9.1	51.2
第6級	8.3	12.1	16.6	1.9	5.7	7.6	56.7
第7級	15.6	15.6	13.3	2.8	6.0	6.4	53.7
世帯員別							
単身者	14.7	12.0	21.3	17.3	2.7	6.7	42.7
2人	22.3	23.0	25.0	6.6	3.4	6.4	41.7
3人	14.9	18.9	23.4	4.5	9.5	9.5	44.6
4人	11.2	11.2	20.6	3.7	8.1	8.7	51.2
5人以上	17.5	15.5	18.0	5.0	16.0	7.5	43.5
配偶者のある方	16.5	18.5	21.5	4.9	7.8	7.4	45.9
配偶者のない方	23.7	16.6	27.2	13.0	7.1	8.9	34.9

者では、「何とか自力でカバーしている」という回答が78.5%であるが、「1人暮らしだから」とする者も12.2%ある。

(単位%)

区分	1人暮らしだから	適当な人がいない	費用がかかる	自力で出来る	その他	無回答
(311人)	12.2	8.4	6.1	78.5	3.2	10.3
前回	12.5	8.1	6.9	94.4	3.7	0.6

障害(補償)年金受給者でも、「何とか自力でカバーしている」という回答が84.8%となっているが、実情を正しく反映しているだろうか。

(単位%)

区分	計	適当な人がいない	費用がかかる	何とか自力で出来る	その他	不明
(1,319人)	100.0	3.3	1.4	84.8	2.6	7.9
前回	100.0	2.6	2.2	89.2	1.9	4.1
障害等級						
第1級	100.0	14.3	-	73.8	7.1	4.8
第2級	100.0	15.0	-	70.0	-	15.0
第3級	100.0	4.9	1.6	83.6	1.6	8.2
第4級	100.0	5.7	2.5	83.6	3.3	4.9
第5級	100.0	1.7	1.3	89.1	3.8	4.2
第6級	100.0	3.0	1.1	81.5	2.3	12.1
第7級	100.0	2.3	1.4	86.3	1.9	8.1
世帯員別						
単身者	100.0	13.7	2.5	71.6	2.5	9.6
2人	100.0	2.4	1.3	83.3	2.7	10.2
3人	100.0	1.7	1.3	88.0	2.6	6.4
4人	100.0	0.7	1.0	90.6	2.1	5.6
5人以上	100.0	0.9	0.9	88.3	3.0	7.0
配偶者のある方	(988人) 100.0	1.2	1.2	87.0	2.7	7.8
配偶者のない方	(331人) 100.0	9.7				

(補償)年金受給者で41.5%(第1級73.0%~第3級34.2%)、障害(補償)年金受給者では第1級78.4%、第2級61.8%、第3級47.1%となっている。なお、この調査では、就労していた配偶者・家族が受給者が被災し、介護が必要になったために就労をやめたかどうか等については聞いていない。

(単位 %)

区分	計	就 男	不 就 男	無 回 答	
(2,763人)	100.0	24.6	65.2	10.2	
前 回	100.0	31.0	68.2	0.8	
傷 害 等 級	1 級	100.0	27.0	64.1	8.9
	2 級	100.0	23.2	66.7	10.1
	3 級	100.0	24.3	65.3	10.5
傷 病 区 分	じん肺	100.0	21.8	67.8	10.4
	せき腫	100.0	31.5	60.1	8.5
	その他	100.0	32.4	56.2	11.4
年 齢 階 級 別	29才以下	100.0	23.1	53.8	23.1
	30~39才	100.0	38.6	40.9	20.5
	40~49才	100.0	47.7	41.9	10.5
	50~59才	100.0	37.6	53.4	9.0
	60~69才	100.0	16.2	74.2	9.6
70才以上	100.0	4.5	83.2	12.3	
平均年齢	57.8才	54.5才	59.4才	57.2才	

(単位 %)

区分	受給者の世話をしているため	家事育児のため	病弱のため	高齢のため	就労する必要がない	雇用してくれる会社がない	その他	無回答
(1,802人)	41.5	6.5	37.3	2.9	8.9	8.5	3.7	6.4
前 回	44.4	7.1	60.1	4.2	10.3	10.3	2.7	-
傷 害 等 級	1 級	73.0	8.5	32.8	0.4	6.2	3.1	5.0
	2 級	53.2	5.1	30.0	2.5	5.7	8.2	8.2
	3 級	34.2	6.3	62.7	3.5	9.7	9.6	6.4
傷 病 区 分	じん肺	34.8	6.2	62.7	3.4	9.5	9.3	6.7
	せき腫	67.9	7.9	40.1	0.7	6.5	4.7	4.0
	その他	51.2	6.4	42.4	2.9	7.6	8.7	7.6

(複数回答)

介護補償の充実はかねてから要望されているところであり、介護体制の充実、必要かつ十分

平成3年4月12日基発第261号
都道府県労働基準局長宛て労働省労働基準局長

介護料の支給について

標記については、昭和55年4月5日付け基発第165号(以下「第165号通達」という。)により実

(単位 %)

区分	計	働いている	働いていない	不明	
(3,945人)	100.0	(1,829人) 46.4	(2,057人) 52.1	(59人人) 1.5	
前 回	100.0	47.3	51.4	1.3	
傷 害 等 級	第1級	100.0	39.0	60.2	0.8
	第2級	100.0	33.0	66.1	0.9
	第3級	100.0	37.4	60.0	2.6
	第4級	100.0	40.6	56.5	2.9
	第5級	100.0	46.3	52.9	0.8
	第6級	100.0	48.2	50.7	1.1
	第7級	100.0	50.0	48.3	1.7
年 齢 階 級 別	29歳以下	100.0	40.5	58.1	1.4
	30歳~39歳	100.0	55.0	43.3	1.7
	40歳~49歳	100.0	67.9	31.1	1.0
	50歳~59歳	100.0	53.5	45.4	1.1
	60歳~69歳	100.0	27.0	71.6	1.4
70歳以上	100.0	7.9	91.0	1.1	
世 帯 員 別	単身者	100.0	-	-	-
	2 人	100.0	34.2	63.9	1.9
	3 人	100.0	49.1	49.7	1.2
	4 人	100.0	59.2	39.3	1.5
	5 人以上	100.0	53.9	45.1	1.0

(単位 %)

区分	計	受給者の世話をしている	家事・育児に手がかる	高齢や病弱のため	働く必要がない	通勤な仕事がない	その他	不明	
(2,057人)	100.0	23.3	13.0	36.2	4.2	6.8	7.4	9.2	
前 回	100.0	23.5	17.3	35.8	3.5	10.3	4.2	5.5	
傷 害 等 級	第1級	100.0	78.4	1.9	1.7	-	0.6	3.7	3.7
	第2級	100.0	61.8	2.6	23.7	1.3	1.3	5.3	3.9
	第3級	100.0	47.1	6.5	23.2	2.2	5.8	5.8	9.4
	第4級	100.0	21.7	16.6	32.6	4.0	8.0	8.6	8.6
	第5級	100.0	21.7	14.8	36.8	5.2	8.1	6.4	7.0
	第6級	100.0	14.7	16.8	38.2	5.6	7.5	5.6	11.5
	第7級	100.0	9.1	14.1	44.2	4.6	7.5	9.7	10.8
年 齢 階 級 別	29歳以下	100.0	4.6	65.1	4.7	9.3	7.0	-	9.3
	30歳~39歳	100.0	1.23	53.5	2.6	6.5	11.6	10.3	3.2
	40歳~49歳	100.0	2.33	1.89	1.89	8.9	11.1	10.7	8.1
	50歳~59歳	100.0	3.28	9.3	29.9	2.9	9.7	8.8	6.7
	60歳~69歳	100.0	2.21	5.5	47.8	2.6	3.6	6.5	11.8
70歳以上	100.0	1.81	1.6	60.6	2.4	0.8	3.9	12.6	

な給付、及び重度障害者が死亡した場合の介護を担当していた遺族への補償など、重度被災者とその家族の生活の実情に即した介護補償の改善が望まれる。

施してきたところであるが、今般、最近における被災労働者の介護の実情等にかんがみ、介護料の内容を充実させるとともに、その申請手続について所要の整備を行うこととし、第165号通達を別紙のとおり改め、平成3年4月以後の月に係る介護料の額について適用することとしたので、下記の事項に留意の上、事務処理に遺漏

なきを期されたい。

記

1 改正の要点

介護料の額を月額51,400円に引き上げ、さらに実際に介護に要する費用として支出された費用の額が51,400円を超えるときは、94,500円を限度として当該支出された費用の額を支給することとし、これに伴い申請手続について所要の改正を行ったこと。

2 運用上の留意事項

(1) 「介護に要する費用」とは、介護人(被介護者の配偶者、直系血族及び同居の親族を除く。)に対して介護の対価として支払った賃金、日当、謝金、交通費等の費用をいうこと。

(2) 当該月につき51,400円を超える額の介護料の支給を希望する者は、介護料支給申請書(様式第1号)に介護に要する費用として支出された費用の額を記入し、介護に要し

た費用の額の証明書(様式第1号の2)(以下「証明書」という。)に介護を行った日及び時間並びに介護の代金を受領したことに付いて介護人の証明を受けてこれを添付することとなるので、介護料の支給を受けようとする者に対し、事前にこの旨を十分説明すること。

なお、介護人が申請者の配偶者、直系血族又は同居の親族である場合の証明書記載の金額は、介護料算定の基礎とはならないので、留意すること。

3 この改正後の介護料の算定方法は、平成3年4月以後の月に係る介護料の額について適用され、同月前の月に係る介護料の額については、平成3年4月以後に支給する場合にもなお従前の例によること。

4 様式については、平成3年3月までは、従前の様式によることとし、平成3年4月以後については、別途管理換えを行うので、当分の間は、定められた様式(略)をもとに適宜複写す等により使用されたい。

昭和55年4月5日付け基発第165号通達に係る新旧対照表

	改正後	改正前
記の3(1)	介護料の額は、1ヶ月につき51,400円(その月において、介護に要する費用として支出された費用の額が51,400円を超える場合は、当該支出された額(その額が94,500円を超えるときは、94,500円))とすること。 なお、介護に要する費用とは、介護人(被介護者の配偶者、直系血族及び同居の親族を除く。)に対して介護の対価として支払った賃金、日当、謝金、交通費等の費用をいうものであること。	介護料の額は、1ヶ月につき40,500円を限度とすることとしているが、当分の間は、1ヶ月一律40,500円を支給すること。
記の5(1)	介護料の支給を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、2月、5月、8	介護料の支給を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、2月、5月、8

<p>月及び11月(以下「申請月」という。)に、それぞれの月の前3ヶ月分(支給すべき事由の存する月に限る。)について、当該申請者が障害補償年金等の支給決定を受けた労働基準監督署長(以下「所轄署長」という。)を経由して、所轄署長の管轄区域を管轄する都道府県労働基準局長(以下「所轄局長」という。)に「介護料支給申請書」(様式第1号)(以下「申請書」という。)1部を提出するものであること。</p> <p>ただし、この制度の周知徹底が図られるまでの当分の間は、申請月を経過した後原則として3ヶ月以内に当該申請月に係る申請書が提出されたものについてはこれを受理し、支給、不支給の決定を行って差し支えないこと。</p> <p>なお、上記において、その月につき51,400円を超える額の介護料の支給を希望する者は、申請書に介護に要する費用として支出された費用の額を記入するとともに、当該介護を行った者の作成に係る介護に要した費用の額の証明書(様式第1号の2)(以下「証明書」という。)を添えて提出するものであること。したがって、申請者に対し、事前にこの旨を十分説明すること。</p> <p>また、介護人が申請者の配偶者、直系血族又は同居の親族である場合の証明書記載の金額は、介護料算定の基礎とはならないので、留意すること。</p> <p>おって、様式第1号の記入上の注意の5中「所定の額」とは、51,400円をいうものであること。</p>	<p>月及び11月(以下「申請月」という。)に、それぞれの月の前3ヶ月分(支給すべき事由の存する月に限る。)について、当該申請者が障害補償年金等の支給決定を受けた労働基準監督署長(以下「所轄署長」という。)を経由して、所轄署長の管轄区域を管轄する都道府県労働基準局長(以下「所轄局長」という。)に「介護料支給申請書」(様式第1号)(以下「申請書」という。)1部を提出するものであること。</p> <p>ただし、この制度の周知徹底が図られるまでの当分の間は、申請月を経過した後原則として3ヶ月以内に当該申請月に係る申請書が提出されたものについてはこれを受理し、支給、不支給の決定を行って差し支えないこと。</p>
<p>記の6(1) 所轄署長は、申請書を受け付けた場合には、その内容を検討するとともに、必要があると認めるときは実地調査を行い各月ごとに支給すべき事由の有無等について意見を付し、当該申請書に申請者に</p>	<p>所轄署長は、申請書を受け付けた場合には、その内容を検討するとともに、必要があると認めるときは実地調査を行い各月ごとに支給すべき事由の有無等について意見を付し、当該申請書に申請者に</p>

	<p>係る最新の傷病の状態に関する診断書(定期報告、受診命令等によってすでに提出されているもの)の写し、その他支給若しくは不支給の決定及び支給額の決定に必要な資料を添付して所轄局長に進達すること。</p>	<p>係る最新の傷病の状態に関する診断書(定期報告、受診命令等によってすでに提出されているもの)の写し、その他支給、不支給の決定に必要な資料を添付して所轄局長に進達すること。</p>
<p>介護料 支給要綱3</p>	<p>介護料は、2に規定する支給すべき事由が発生した月の翌月から支給すべき事由が消滅した月までの間支給することとし、その額は1ヶ月につき51,400円(その月において、介護に要する費用として支出された費用の額が51,400円を超える場合は、当該支出された費用の額(その額が94,500円を超えるときは、94,500円))とする。</p> <p>なお、介護に要する費用とは、介護人(被介護者の配偶者、直系血族及び同居の親族を除く。)に対して介護の対価として支払った賃金、日当、謝金、交通費等の費用をいうものであることとする。</p>	<p>介護料の支給を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、「介護料支給申請書」(様式第1号)(以下「申請書」という。)を、当該申請者が障害補償年金又は傷病補償年金の支給決定を受けた労働基準監督署長(以下「所轄署長」という。)を経由して、所轄署長の管轄区域を管轄する都道府県労働基準局長(以下「所轄局長」という。)に提出するものとする。</p>
<p>介護料 支給要綱4 (1)</p>	<p>介護料の支給を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、「介護料支給申請書」(様式第1号)(以下「申請書」という。)を、当該申請者が障害補償年金又は傷病補償年金の支給決定を受けた労働基準監督署長(以下「所轄署長」という。)を経由して、所轄署長の管轄区域を管轄する都道府県労働基準局長(以下「所轄局長」という。)に提出するものとする。</p> <p>なお、上記において、その月につき51,400円を超える額の介護料の支給を希望する者は、申請書に介護に要する費用として支出された費用の額を記入するとともに、当該介護を行った者の作成に係る介護に要した費用の額の証明書(様式第1号の2)を添えて提出しなければならない。</p>	

故 田尻宗昭・初代議長を偲ぶ

全国安全センター設立の原動力となった故田尻宗昭初代議長が逝かれてから、7月4日で、早くも1年。さる7月21日には、横浜で「田尻宗昭さんを偲ぶ会」がとりおこなわれ、約140名の参加者がありました(全国安全センターから谷沼副議長の他、首都圏の関係者が参加)。偲ぶ会に先だつて、田尻さんが通った神奈川県労働職業病センター所長室(港町診療所2階)の建物の壁にメモリアルプレートを設置しその除幕式。また、70余名が参加して横浜港見学も行われました。偲ぶ会の呼びかけ人は下記のとおり、全国安全センター事務局で事務局を担当しました。

足立寛道/石倉昌子/石橋政嗣/井手敏彦
宇沢弘文/木下泰之/斎藤 駿/斎藤竜太
清水文雄/鈴木武夫/塚谷恒雄/天明佳臣
土井たか子/中村淑子/野沢 浩/



原田正純/平野 喬/星野哲郎/三竝貞雄
美濃部時子/宮田浩人/宮本憲一/村田徳治
渡辺文学(50音順)

なお、全国安全センターでは、神奈川県労働職業病センターと協力して、「田尻宗昭記念基金(仮称)」の設立をめざして準備を進めています。秋にも発足させ、来年の命日には第1回の授賞式を行いたいと考えています。 ■

弔 辞

石 橋 政 嗣

この弔辞は、昨年の故田尻宗昭・全国安全センター初代議長の葬儀に際して書かれたものですが、石橋さんの御了解を得て一周忌に当たり紹介させていただきます。

田尻さん、難しい病気とは知っていましたが、こんなに早く亡くなられるとは夢にも思いませんでした。悔しくてなりません。

今にして思えば、貴方が再度入院するという

前々日、王子のお宅を訪ねた時、30分以上も私と話合ったのは最後の気力をふりしぼつてのおつきあいだったのでしょうか。横になったままとはいえ辛いのではないかと、二度三度「きつくないですか」と尋ねたら、「相手によりますよ」と笑って答えてくれたあのやりとりが最後のものになろうとは、

誠に申し訳なく残念でなりません。

私が田尻さんと知り合ったのは、貴方が佐世保海上保安部所属の巡視船「ひらど」の航海長をしていた時ですから、もうかれこれ30年にもなろうかと思えます。私には今でもあのころの貴方の姿が脳裏に焼きついています。

職員が転勤を命ぜられても、辞退届に印鑑を

捺させられ転任旅費は支給されず、その金は最高幹部の交際費等に使われていると唇を震わせながら説明し、組合もない弱い立場の職員の為になんとかして下さいと訴える貴方の姿は、まさに熱血の士、正義漢そのものでありました。そのような貴方の本質は、亡くなられるその日まで少しも変わるものなかつたものであることは貴方を知るすべての人の認めるところだと思います。私はこの訴えを早速国会で取り上げ、無事解決、七管本部長を退任に追い込むことにも成功したのでした。それ以来、どれほど多くの問題に力を合わせて取り組んできたことか、懐かしい限りです。

中でも一番の思い出はなんといっても四日市の公害問題であることは言うまでもありません。貴方がそれこそすべてを投げうって捜査しているというのに、事件は時効寸前という状態にあることを知った私は、書記長就任直後の衆議院予算委員会で取り上げ、政府側とのやりとりは丸一日テレビを通じて全国民に報道されたのでした。お蔭で、事件は起訴され、政府も漸く重い腰をあげて公害問題に取り組む姿勢を見せるようになったのです。私は35年に及ぶ国会議員生活の中で数多くの質問をしてきましたが、最も思い出深いものを一つだけあげると言われれば、躊躇することなくこの質問をあげたいと思います。

特に国会の追及で時効寸前の事件が起訴され、しかも被告は一審の有罪判決に服し控訴もしなかつたのですから、全く理想的な国会質問ではなかつたかと自負しているのです。このような成果をあげることができたのも一重に貴方の献身的な活動の裏付けがあつたからこそであります。貴方もそれを誇りとし、機会ある毎にこの日の質疑応答を録音したテープを多くの人に聞かせていたようですし、私にも届けてくださいましたが、今日からは、そのテープを聞く度に貴方の姿を思いおこすことになるでしょう。



港町診療所の壁に設置されたプレート

田尻さん、貴方とはよく山歩きもしましたね。正直に言って船乗りの貴方はお世辞にも健脚とはいえませんでした。しかし、それでも「歩こう会」の中では一番熱心に今度はいつやるのかとせっつき役だったことも懐かしい思い出の一つです。次回は必ず貴方の思い出を語る追悼歩こう会になると思います。正丸峠の頂上に登らずに皆が下りてくるのを待っていた姿や、サイクリングの時、貴方が自転車に乗れないばかりに、二人乗りを強いられた仲間が二人分の汗を掻いたことなども、今にして思えば楽しい思い出になってしまったのです。

田尻さん、貴方はまだまだやりたいことが山程あつたと思います。病魔に取りつかれ、次第に身体を失っていった時の貴方の気持ちなど、私達の想像を絶するものがあると思います。そんな貴方はあの世に行つてからも不正と闘い続けることでしょう。そうだとすれば尚更のこと、残された者の義務は只一つ、貴方に負けないよう社会や環境の汚濁を排除するために闘うしかないのは自明のことです。

情熱の人田尻さん

正義感の人一倍強い熱血漢田尻さん

貴方には到底及ばないまでも、貴方の遺志を継ぎ、私達も引き続き全力を尽くすことを霊前にお誓い致します。どうか安らかに眠り下さい。さようなら。 ■

12都府県14か所で325件の相談

健康被害の労災補償請求へ

全国労働安全衛生センター連絡会議事務局長 古谷 杉郎

全国安全センターは、石綿対策全国連絡会議との共同の取り組みとして、7月2日、全国12都府県14ヶ所で「アスベスト・職業がん110番」を開設した。110番開設の目的は、アスベスト(の職業)暴露による健康被害の恐ろしさ、アスベストによるがんをはじめ職業がんが労災補償の対象となることを知らせ被害の掘り起こしを図ることであったが、背景としては次のような事情があった(「実施要綱」から)。



「アスベスト110番の目的・位置付け

- ① アスベストによる肺がん・悪性中皮腫の労災認定件数は、ここ数年年間10件程度で推移してきたが、1989年度は19件となり増加傾向を示しているように見える。しかし、19件中9件が神奈川という地域的偏りがあることなどから、自然に掘り起こしが進むと考えるのは早計である。
- ② 一時の学校吹き付けアスベスト問題のパニック状態があったが、アスベストによる健康被害の恐ろしさはまだ十分理解されているとは言えない。とりわけ、労災補償の対象となるということについては、労働者とその家族が知らないだけでなく、医師・医療関係者にもほとんど知られていない。医師等に対する宣伝と、診断、治療、補償対策等の受け皿体制をつくるが必要になってくる。
- ③ 取り組みれば、必ず掘り起こしは進む。現在把握している肺がん・悪性中皮腫の申請件数

も神奈川3件(内1件は今年3月に業務上認定)、岡山2件、広島2件、ある。地域と業種・職種あるいは特定の企業にターゲットを絞った掘り起こしが有効、かつ、必要である。

- ④ ただし、これまでの取り組みは、掘り起こしの初期段階の特徴として、認定基準の要件をほとんど満たしているような事例に絞ったものである。認定基準自体とその運用上の問題点を明らかにするには、われわれの経験が不足しており、事例の蓄積が望まれる。
- ⑤ アスベスト規制法案の国会提出が射定に入っており、被害の掘り起こしは、規制法制定に向けて有力な側面援助になる。
- ⑥ アスベストの製造・使用・輸入等を将来にわたって禁止する規制法が成立したとしても、過去のアスベスト暴露や既存のアスベストによる今後の暴露の問題は解決しない。アスベストを暴露したことのある労働者に対する退職後も含めた対策の確立が必要であるが、そ

こにたどりつくためにも被害に対する補償の取り組みが不可欠である。

以上の諸課題が、一回の110番だけで解決するわけではない。また、冷静な予想として、相談そのものが少なかったり、相談件数の内実際に労災申請までたどりつくものもそう多くはないと思われる。今回の110番は本格的な掘り起こしの契機にするものと位置づけたい。

なお、全国安全センターとしては、全国ネットワークを生かしたはじめての共同作業として重視したい。」

実際のところ、全国安全センターに参加している地域センターの中でも、アスベストによる健康被害の労災申請を手がけたことがあるところはごくわずかであった。全国安全センター事務局では、第2回総会に向けた方針討議の中でこの問題が提起された今年初めから、「相談マニュアル」「相談カード」「同記入要領」、統一ピラ、記者会見用資料等を作成し、各地での110番開設を呼びかけてきた。結果的に、東京以外では10地域センターが参加、長崎(佐世保)には、事務局から相談員を派遣した。

東京では、全国安全センター事務局に、井上浩副議長、平野敏夫医師、小島正道医師、石綿対策全国連絡会議から伊藤事務局長、里見(全建総連)、温品(アスベスト根絶ネットワーク)の各氏に、東京東部労災職業病センターのスタッフと私

が詰めた。臨時電話も引き相談専用3回線確保した。NHKが、前日夕方、首都圏ニュースで横須賀での被害者掘り起こしの取り組みを紹介、当日朝も全国ネットで、110番開設を報道。当日午前中は、民放各社が取材に訪れた。

「実施要綱」でも、「冷静な予想」として相談は多くはないだろうと踏んでいたのだが、蓋を開けてみると、朝から電話が鳴りっぱなし。東京での相談受付は126件、全国集計で325件の相談が寄せられた(別表参照)。

これまで同様の相談活動では、自宅建物・家電製品関係の相談—建材等にアスベストが含まれているか、どうすればわかるか、どのように危険なのか、対策はどうしたらよいか、など—の相談がほとんどであったため、今回は職業暴露による健康被害の補償問題を意識的に全面に押し出した。それでもこの種の相談が来るだろうと予想し、「相談マニュアル」にも対応を示していたが、148件と半分弱。

「アスベスト・職業がん110番」地域別・内容別相談件数

	職業暴露による健康被害	職場のアスベスト対策	家族・近隣暴露関係	建物・家電製品等の関係	その他	計
東京	36	14	1	64	11	126
神奈川	13	1	1	13		28
新潟	1			4	1	6
京都	7			7		14
大阪	43	10		23	2	78
広島	6			6		12
愛媛	14		1	17	2	34
高知	3		1	6		10
熊本	1			1		2
長崎	3	1		1		5
大分	4			5		9
宮崎				1		1
合計	131	26	4	148	16	325

健康被害の相談は予想以上に多く131件。アスベストによる肺がんで死亡された労働者の遺族からの相談のケース(現在末期がんで入院中の方、49日がすんだら相談に来るといふ方、解剖検査の結果が出次第相談に来るといふ方)などを初め、今後労災申請の手続をとる方向で相談を継続することになったものがかなりある。ほとんどのケースが、本人(労働者、遺族)が労災申請できることを知らなかったことはもちろん、医師等からも説明を受けていない。

110番に相談が寄せられた事例で、肺がん・悪性中皮腫で労災申請の手続を検討しているものが10件前後あるが、1件を除き、継続相談・調査の進行中。他にもじん肺や合併症の申請につながったケースなどもある。進行をみて、事例検討会や集団申請についても検討していきたい。なお、愛媛で相談を受けた事例で、香川

県の日本エタニットパイプ高松工場元労働者(石綿コンクリート管製造)の悪性腹膜中皮腫の事例については、すでに家族が労災申請の手続を進めており(本人は相談日の翌日に死亡)、現在申請中である。

アスベストによる健康被害の危険性、対策及び補償問題のいずれについても、まだ十分理解されておらず、今回の110番に対する要望の大きさを痛感した。全国安全センターでは、今後も随時相談を受け付け、健康被害の掘り起こしを進めていく。

同時に、現在もなお使用されているアスベストをなくしていくためにもアスベスト規制法の制定がぜひとも必要。今回わかった被害実態についても十分分析して、規制法制定の実現のために全力を尽くしていきたい。

石綿被害の拡大を許すな!全国交流集会 6・2横須賀集会 ● 横須賀石綿じん肺裁判から全国へ

横須賀での石綿裁判や石綿被害掘り起こしの取り組みを全国に拡げていきたい、そして、そのための全国交流集会をやりたい。それが神奈川県での半年がかりの課題であった。わが国で始めての本格的石綿裁判と言われる横須賀石綿じん肺訴訟も今年で4年目に入り、原告本人の証人尋問という大きな山場にさしかかっていた。しかし、横須賀の後に続く裁判や石綿被害掘り起こしの取り組みが各地で起こってこなければという焦りもあった。

こうして6月1日、「石綿被害の拡大を許すな!全国交流集会」が開催された。当初目標の300名の動員には及ばなかったが、それでも当日、会場のホールを埋めつくした230名の参加者からは久方ぶりの熱気のようなものが感じられた。

この交流集会を第1部「横須賀じん肺訴訟を支援しよう」と第2部「全国の石綿被害の掘り起こしを進めよう」の2部構成としたのは、文字通り横須賀と全国を結ぶという意味でだが、何と言っても第1部の弁護団・原告団の壇上での決意表明を盛り上げたのは、ビデオ「たちあがった造船労働者たち」であった。このビデオは、原告たちと同じ元全造船機械労組補償分会員でありじん肺被災者でもある石井藤太郎さんたちが手作りで作ったもの。100インチの画面いっぱい映し出された原告たちの咳き込み、苦悶する表情、じん肺という病に難渋する生活のありさま、それらは不思議と場内をシーンとさせるほどの迫真力をもって迫る。そこには、かつて造船労働者として闘った日々の追憶のドラマ

が展開されていたのかもしれない。そしてまた、このビデオは当日壇上に立った8名の原告たちの真実の声を何よりも代弁していたのかもしれない。

第2部は、新潟、愛媛、熊本、そして横須賀の各地域センターの石綿被害掘り起こしの取り組みをスライドやOHPを用いて、ヴィジュアルで紹介し、全国的にも石綿被害の掘り起こしが進んでいることが確認された。また、労働組合では、石綿被害のアンケートや労災申請などの積極的な取り組みを進めている全造船と全港湾の報告があった。

最後に集会アピールは、この集会の意義を次のように結んだ。「横須賀を起点とする石綿被害への取り組みは本日の集会で明らかになった。ように、造船で、基地で、建設で、保温工事で、多くの職種・地域へ広がりを持つに至った法律で使用を規制させようという運動もはじま



横須賀石綿じん肺裁判の原告たち

った。だがしかし、その動きはまだまだ小さいと認めざるを得ない。全国に警鐘を乱打し、語りかけ、揺り動かし、公にし、声をあげ、力を広げ…。」

(社団法人神奈川労災職業病センター

事務局長 西田 隆重)

建設労働者の肺がん認定から110番へ 6・30松山集会 ● 被災者の救済と規制法制定を

去る6月30日、愛媛県松山市のPTA会館で愛媛労働災害職業病対策会議(愛媛労職対)主催による「アスベストなんて知らない松山集会」が開かれ、約200名の労働者が参加した。

愛媛では既に建設労働者のアスベストによる肺がんの労災認定を昨年12月28日に勝ち取っている(90年10月号15頁で紹介した事例)。今回の集会はその運動の報告と同時に、アスベストの危険性を多くの人に知ってもらい、アスベストの使用を禁止する運動を繰り広げる目的で開催された。そのため、愛媛県建設労働組合が共催団体となり、さらに松山を中心とした労働組合や消費者体などの協力を呼びかけ、広範な参加を求めた結果、松山の主だった労組の協力が得ら

れた他、南予地区、東予地区など県下全域からの参加があり、特に新居浜からは大型バスによる動員もおこなわれた。

集会は白石事務局長の司会で開始し、主催者を代表して川上英奇議長(全林野)が挨拶に立ったが、「アスベストなど職業病問題は知られていない面がある。労働者の命と健康を守る運動は特に大切な課題だ。愛媛労職対は労働組合などの参加で東予地区を中心に職業病問題に取り組んで来たが、今回の集会を機に愛媛県下のより多くの加入を進め、愛媛労働安全衛生センターの発足につなぎたい」と述べ、アスベストの取り組みとセンター発足を早期に進める考えを示した。また、共に運動を取組んで来た愛媛建

設労働組合の松岡執行委員長が挨拶に立ち、「この集会を成功させアスベスト規制法の制定を勝ち取ろう」との訴えられた。

続いて、建設現場から赤間博全建総連労働対策部長が報告を行った。特に、報告の中では保温労働者などに被災者が続出していること、建築材料の中にアスベストが使用され続け、労働者だけでなく、消費者も巻き込んでいること、自動車のブレーキライニングなど生活環境全般に問題が渡っていることなどが報告され、アスベスト問題が社会問題であり規制法案の制定は急務であることなどの説明がなされた。

続いて、広島友和クリニック所長の宇土博医師が「アスベストの危険性について」と題した講演を行った。講演は宇土氏自身が広島大学医学部でおこなった公衆衛生学の講義用レジュメを使用しやや専門的なものであったが、スライドを利用して分かりやすく説明されたため、最後まで一人も席を立つ事なく、参加者の関心は高かった。特に、呉の旧海軍工廠や石川島播磨造船所での悪性中皮腫が続出している事や、アスベストと肺がんの関連、喫煙との相乗関係などかなり多岐にわたった解説がなされた。

集会は講演の後、「アスベストはもういらない！被災者の救済と規制法案の制定を！」との集会アピールを採択し、7月2日のアスベスト110番を成功させる事をめざして運動を繰広げていくことを全員で確認した。

アスベストの集会は松山では今回が初めてで



あったが、会場には参加者に理解してもらおうと、アスベストの建材や日用品の展示コーナー、なまなましい、被災者の肺の標本や、パネルなど展示など工夫が行われた。この展示には神奈川県労災職業病センターや、全建総連、東京都などの協力により実現できた。また、集會に先立ち、NHKテレビ局のアスベスト特集の放送や各地方テレビ局、新聞などマスコミが一斉に集會とアスベスト110番の紹介をおこなったため、集會参加者だけでなく広く関心がたかまったため、大成功といえるであろう。

なお、集會には松山地区労センターなど労働組合の役員のほか宇都宮まゆみ衆議院議員、鳴海県会議員などの参加もあり、宇都宮氏が参加者を代表して挨拶を行った他、激励の電報やメッセージが寄せられた。

(愛媛労働災害職業病対策会議

事務局長 白石昭夫)

地区労主催のアスベスト学習会も

長崎・佐世保 ● 事務所を借りて相談員を派遣

長崎でもアスベスト110番が全国センター事務局で決定された。佐世保は旧海軍工廠があ

り、現在もSSKという大企業の造船所がある。アスベスト被害がないはずがない。私も納得して佐世保へと派遣された。

蓋を開けてみると、相談5件、しかも労災関係が3件と、緊急の取り組みにしては正直言って予想を越える反応であった。現

地で記者会見、学習会まで企画して下さった全港湾長崎県支部、佐世保地区労の方々とは、「まあ1件の相談もなくともこれを契機に地域でアスベストや労災職業病の問題に取り組めていければいいでしょう」と話していた。全港湾長崎県支部の事務所をお借りして電話受付をしたのだが、夕方に団交から帰って来た速水書記長など、「1件もなかったでしょ」と半分以上本気で言ったものだ。

さて7月1日、実は悪天候のため私の飛行機は長崎空港到着が危ぶまれた。1時間遅れで11時ごろ長崎入りして、大急ぎで佐世保市役所へ。佐世保地区労の藤戸事務局長と速水さんと共に、記者会見を無事行った。

翌2日、県支部の事務所の仮設電話には朝の8時半からベルが鳴った。長年保温工として働いて、じん肺管理区分2の決定を受けている人の妻からの相談だった。管理2では治療費もちろん出ないので、今は材料や工具を妻に運んでもらいながら、体の具合のいい日だけ仕事をしていると言う。薬代だけでも何とかならないだろうかという相談だった。症状を聞いた範囲ではおそらく続発性気管支炎で認定されるのでは、と思われる。

そのあとは倉庫でアスベストらしきものを使っているという会社社長が直接事務所を訪れた。施工業者に聴くとアスベストじ

やないと言うが、不安なので調べて欲しいと封筒に入れて持ってきた。検査機関を紹介した。つづいて自宅のアスベストについての相談があった。これは当初からすさまじい反響かと思いきや、その後はマスコミ関係の電話ばかりで、一応の受付時刻である5時を過ぎた。まあ仕方ないなと思っていると電話が鳴った。自分の母親がアスベストが原因で亡くなったと医師に聴いたというものだった。4年前のことで職場のことや正式な診断名がすぐにはわからないが、新聞を見てとりあえずすぐに電話をしてみたと言う。

6時からは地区労主催の「アスベスト学習会」。JRの不当解雇を弾劾するマイク情宣をしながら車で駆けつけた国労争議団の人達をはじめ、全港湾、全水道、全国一般、全農林、全電通、市職など60名もの人が集まった。緊急要請で60名も集まる事実、しかも昼は昼でちょうど入港していた米原子力潜水艦の騒音問題をめぐって市議会の傍聴要請をかけている。地方のまともな地域労働運動の底力を見たような気がした。実際はさまざまな困難もあると推測されるが、中央で何が勝手に決められようとも日常的に地道な闘いを積み重ねる労働運動は絶対に負けないと感銘を受けた。

地区労事務局長の挨拶の後、ビデオ「たちがった造船労働

者たち」の上映、私の講演が続いた。何といてもビデオが痛烈な印象を与えたようで、講演も含めて、本当に熱心にビデオを見て、話を聴いてくださった。「いやあ正直言ってあんな風にみんな話を聴くことはそう多くないんですよ。」全港湾の土井副委員長が後で私に語った。

じつはこの学習会中にも電話が入っていた。(夜もあるかもしれないと、速水さんが詰めてくださっていた。)造船所で働いていたという労働者からだ。退職時健診で、じん肺管理区分2の決定を受けたが、最近より調子がすぐれないと言う。管理2だとその後は全く放置されるわけだが、じん肺でないわけではない。やはり行政と会社の責任としてなんらかのフォローをすべきだと改めて痛感した。

さて、神奈川に戻ってからは、労住医連の伝手をたどり地元の病院の協力も得たりして、対応している。むしろこれからが長崎でのアスベスト110番の成否がかかっている。ご迷惑のかけばなしであったにも関わらず、佐世保、長崎地域における労災職業病闘争の発展、将来的には安全センター設立まで、といった夢も話ができるほどの熱心な人達にめぐりあえた。この後は古谷事務局長の仕事だろうが、私も佐世保がとても気に入ったのでぜひ一緒に頑張りたい。(長崎派遣団・川本浩之)

相談ゼロと思いきや

宮崎 ● 悪性中皮腫の労災申請準備中

正直、アスベストについては熊本県松橋問題で少し基礎知識を仕入れたばかり、中皮腫というのも病名として知っている程度だった。計画文書を読むかぎり、窓口を引き受けるにはかなりの知識が要るようで、だから当初は辞退した。でも送られてきた問診票をみると、いつもやっている聞き取りと同じ。これなら、健康被害の中身をもう少し学習すれば十分対応できる。直前になってにわか勉強。自分なりのレジュメを作り、大分協和病院の協力も取り付けて、は

じめて「松尾被害者の会」の名前で県庁で記者会見。

準備万端、いざ2日。電話が鳴るたびに胸ときめかせていたが、なんと件数ゼロ。安全衛生運動が低調だから関心も低いのだろう。勝手に総括していたら、新聞でみた、と2、3日して、壁材相談が1件、建設作業員1件。そして1週間も経って、あつと驚く中皮腫死亡事件。労災申請を前提に、遺族と準備打ち合わせ中。

（旧松尾鉦山被害者の会
事務局 岩切 裕）

へっぴり腰で「ハイ110番です」

大分 ● ポイントを絞った追跡調査につなげる

全国に合わせて大分安全センターも、7月2日に「アスベスト110番」企画に参加した。それに先立ち、宣伝の記者会見を大分県庁で行った。テレビ3社、新聞4社に1時間ぐらひかけて趣旨説明を行った。説明をする方も、聞く方もアスベストのことはよく知らない。「なんか石綿に似ているなあ？」と感想がもれる。（それを英語でいうとア

スベストナノダ…）腹で思ったことをすかさず声に出す。ベテラン風の記者は「ようわからん！知恵蔵をひいてみい！」と若い記者に促す。大分安全センターで、記者会見というカッコいいことをやるのは初めてだったが、実態として以上のような次第。

アスベスト問題については、当安全センターは経験が全くな

い。しかもこの時期、長年勤めてきた所長と事務局長が6月1日に交替したばかりでゴタゴタしていた（6月いっぱい、引き継ぎのため前任者もいた）。

6月18日に全国安全センターの古谷事務局長が来県したときは、「準備も何もしていないし、相談してくれる人に申し訳ないので、今度の企画に参加しません」とお断りしていた。が、その後、よくあるパターンで病院関係者の約一名が強く「安全センターと名乗るからには大分でもやるべきだ、責任は俺がとる」と有無を言わせない圧力がかかる。少し腰をひいたノリで急遽全国と足並みをそろえることになった。

「アスベスト110番」は、大分市の安全センターと佐伯市の診療所の2ヶ所で開設をした。

当日は、はじめ2〜3件の電話が続いたが、後はポチポチで集約してみると、佐伯1件、大分8件で合計9件だった。開始間もなくNHK大分が安全センター事務所に取材に来る。電話がかかってこない。しびれをきらして「電話をとる格好をしてもらえませんか」とNHK。新任の平岡事務局長が中央地区労へ「とにかく安全センターへ電話してくれ」と連絡。ライトがあたり、電話をとる場面を繰り返すなどのドタバタとした1時間の取材が終わった。夕方のテレビニュースに流れたのはたった30

秒。あんなにサービスしたのにと、こちらの世間知らずの悲哀を感じた。

気分としては、このドタバタが当日の全てだった気がする。

相談は、家屋にアスベストが入っていないかの心配が半分を占めた。話が進みそうなのは、労働関係の1件。製鉄所勤務でアスベスト吹き付け現場に在籍15年間。宇佐市在住の60代の元労働者。ゼイゼイとする息苦しい症状を訴えている。後日、出かけていき話を聞くと、「年齢のこともあるし、補償に気を使うよりのんびり養生したい」と

話は打ち止めになった。

その後、関西安全センターより紹介された事例もあったが、アスベストと関係ない診断で取り組みに結びつかなかった。

今回のことが終わってみると、企画は台風一過の感が強い。まだ一般の人にアスベストが充分知られていないし、私たちの取り組みこそが導火線になるしかないのかと思った。今後、ポイントをしぼった追跡調査などを検討しながら、引き続きアスベスト問題に取り組んでいきたい。（大分勤労者安全衛生センター事務局次長 木原雪光）

を組織して将来具体的な問題にぶつかったときに備えるよう提案しておいた。相談者と安全センター双方に事情があつて一緒に取り組むのが難しいと判断されたので、今のところは相談者から検診の依頼等あつたときにきちんとした対応をしていきたいと考えている。

当日中にきた相談はこの1件だけで、テレビ局が取材に訪れたときは電話をとるフリをするなど気をつかった。マスコミも当日の取材をやりたいなら、記者会見をした時点で前宣伝も時間や紙幅を割いて協力してくれるといいのと思ったものだ。

安全センターとしても力量不足だし、人々の中にアスベスト問題が浸透していないのも実態だし、そういう意味で反省点ばかりが目につく企画だった。しかし、原田正純さんの前向きの姿勢は助けた。当日は1日安全センターに詰め、たった1件の相談にもかかわらず、また続けていこうと明るく言っていた。「そうですね。またやりましょう。」

（熊本県労働安全衛生センター 開 安紀子）

また続けていこう

熊本 ● 元石綿工場下請労働者からも相談

7月2日に行った熊本での相談受け付けは、結果だけ見れば気が抜けるようだ。健康被害に関するものが1件、建材関係が2件、パンフレット送付依頼1件。健康被害に関するものも、今現在何らかの問題を抱えているということではなかった。ただ相談者は元アスベスト工場の下請として働いたことのある人で、肺がん検診の際、胸膜に有所見と診断を受けたということだった。本人は自覚症状はないものの熊本市内の病院で2度、胸部レントゲン撮影をしており、医師からは胸膜病変に変化なしと言わ

れているらしい。自覚症状がないためあまり切迫した状態になく、今後具合が悪くなったときに医療費等を含めて不安を持っているとの話だ。安全センターとしては、退職後20年以上経過していることを考え、とにかく当時の従業員名簿を作り、同じような悩みを抱えている人たち

110番を常設することを決定

高知 ● 相談はないと思っていたが

“アスベスト110番と言っ ても高知では相談はないだろう”

と思いつつ、事前の宣伝活動もほとんどなかった。共同通信社による記事が地元新聞に小さく掲載されていた程度であった。しかしながら電話の前から離れるわけにはいかないだろうと、当日を迎えた。予想外にもNHKテレビが取材に来た。

もうひとつ予想外は、電話の相談が10件あったことである。いささか戸惑った感じで電話での対応をした。「アスベストが含まれているか検査してほしい」

「アスベスト解体の仕事をしているが将来の健康が心配」「アスベストに汚れた主人の作業衣を子供の服と一緒に洗濯していたので心配だ」と言ったこと等々。本来の相談目的の労災へつながる相談はなかったが、ほとんどといってよいほど事前の宣伝はしなかったのに当初予想していた件数を上回り、ほんの小さな新聞の見出しから10件の相談があったのだから、もう少し宣伝すればかなりの相談があったと思う。手抜き？したことを多分に反省している。反省の証として「アスベスト110番」を7月2日に限定せず通年の活動として当センターの事業計画の柱にして取り組むことを、来る8月2日の第19回総会に提案している。同時にアスベストについての専門的な知識を付けて、どんな相談にも“うろたえない”ようにしなければと…。

余談になるが、NHKテレビ

は夜のローカルニュースで放映のちと健康を守る当センターの砦(事務所)はけっして整理整頓されたものではないのに、プラウン管にはいかにも事務所らしい雰囲気映り、出演者の顔もそこそこに…。テレビを見ていた友人たちからは実物より男

前？と冷やかされること数日間…。

来年の「110番」は宣伝も大に行いながらさらに中身の濃いものにしたい。…なに、どこかで鬼が笑っている…。

(高知県労働安全衛生センター事務局次長 牧村光彰)

相談翌日に死亡のケースも

愛媛 ● 建設労組と協力して2ヶ所で開設

愛媛では、松山と新居浜の2ヶ所でアスベスト110番を設置し対応しました。特に、6月30日に松山市のPTA会館で「アスベストなんて知らない松山集会」を開かれた直後でもあり、スタッフも気合いを入れて取り組みを行いました。また、マスコミの報道もかなり活発で、その1週間前にはNHK四国地方局でアスベスト問題を扱った特集ニュースの放映が行われる一方、集会の報道、アスベスト110番の報道などがテレビ、新聞などで続き問い合わせは和歌山の方からもありなど、かなり宣伝がなされました。

こうした中、110番の当日に至ったわけですが、職業病被災としての相談がどのくらいあるかは全く分らない状態でした。結果は新居浜で20件、松山で10件でしたが、翌日も相談は続き、7月8日で36件に達しています。

その中で、健康被害の相談が12件あり、アスベストによるものが9件でした。そして、3件は医師にアスベストによる悪性中皮腫または肺がんと診断されています。さらに、その3件の内2件は死体解剖をしていました。残る1件については生存していたのですが、家族から相談があった翌日、本人が死亡しておりアスベストの恐怖を改めて再確認する内容のものでした。

健康被害に関する相談の内特に問題と思われるものの概要は以下のとおり

- さん 保温工 悪性中皮腫 4年前死亡(解剖) 調査中
- Aさん 電力会社 悪性中皮腫・肺がん 7年前死亡(解剖) 裁判検討
- Tさん エキソパイク 悪性中皮腫 相談の翌日死亡 労災申請中
- Gさん 保温工 結核 調査中

- Yさん 重機 じん肺 入院中
- Nさん 吹き付け塗装 じん肺 自宅療養管理区分申請準備中

- 保温 38年
- 解体はつり28年
- 保温 ?年
- アスベスト以外の粉塵よるじん肺3件。

この他に、アスベスト取り扱い労働者からの健康相談3件。

(愛媛労働災害職業病対策会議)

6件(当日) 4件(以降) 広島での健康被害としては、アスベストによる肺がん、悪性中皮腫、石綿じん肺で造船業や自動車産業の事例であった。その内、当日の2件、以降の1件については、相談者と事情聴取など調査を継続し労災申請を行う予定です。

今回のアスベスト110番設置に際して寄せられた深刻な相談をふりかえると、関西安全センターの応援を受けて的確な対応ができたことに感謝しています。

(広島労働安全衛生センター)

高いマスコミの関心

広島 ● 肺がん・悪性中皮腫の相談継続

アスベスト110番開設にあたり、前日、県警記者室においてアスベスト健康被害等に関する資料の配布・提供を行い、各報道機関にも協力を依頼しました。

当日は、午前10時からの窓口開設と同時に、NHK・TBSテレビ・共同通信・RCCテレビ等マスコミ取材を受ける中、被災者の相談に応じました。特に、NHKは早朝のラジオを通じていち早く110番窓口開設を広く呼びかけてくれました。また、新聞報道は中国新聞・朝日新聞は共に健康被害を受けた労働者や遺族の掘り起こしやアスベスト規制法の制定に関する内容で、特に造船業が集中している広島県の地域的背景があり、マスコミの関心も高いものがあつたと思われます。7月2日以降もテレビを見て、ラジオを聴いてとセンターに深刻な相談が寄せられています。

当センターに寄せられた相談

- の内訳は次のようになります。
- ・職業暴露による健康被害 6件(当日) 3件(以降)
- ・建物・家電製品当の関係

京都、滋賀から14件の相談

京都 ● 戦前からの石綿暴露に苦しむ声も



電話に応じる宮入代表 7月2日、労災福祉センターは、全国安全センターと石綿対策全国連絡会議が全国一斉に行った「アスベスト・職業がん

110番」の開設に他の11団体と共に参加したところ、京都、滋賀から合わせて14件の電話相談が当センターに寄せられた。電話相談の中には、戦前からアスベストの建材を使用し、肺に障害があるとして入院経験もあるという80歳になるおじいさんからの声や夫がアスベスト関係の仕事についており変な咳をするので心配だとする妻からの相談など、職業暴露による健康被害に関する電話が寄せられた。

また、自宅建造物や職場の建造物にアスベストが使用されているが、どのような危険性があ

るか、子供への影響は？、対策はどうしたらよいか？等の質問も多かった。こうした市民相談的に政府、地方自治体が無料で相談、検査に応ずることのできる体制が求められている。

また、世界第一位の石綿消費国であるわが国にアスベスト規制法の制定が是非必要だ。その

規制法制定の実現にがんばろう。

今回受け付けた相談については、全国安全センターと相談して、被害の労災申請が可能かどうか等の検討を進めていくとともに、今後も随時相談を受け付け、健康被害の掘り起こしを進めていくことにしている。 ■ (労災福祉センター)

とられてない防じん対策

大阪 ● じん肺管理区分申請等進める

全国一斉「アスベスト・職業がん110番」の一環として、大阪でも7月2日電話相談を行った。2日以降の分も含めて、相談件数は84件に上った。3年前にアスベスト電話相談を開設した時には、「うちの家の綿壁にアスベストが含まれているのでは」といった相談が多かった。それに比べ今回の電話相談は、「被害」に絞ったために、「仕事でアスベストを扱ったことがあるが大丈夫か」といった相談が多かった。その中で、じん肺管理区分申請、または労災申請が可能な事例もいくつかあった。その一端を報告したい。

●アスベストにまみれて
ブレイキニングを製造 ●
Aさんは、府下H市にあるアスベスト加工工場約20年間働いてきた。主にブレイキニ

ングを製造している。国内向けにはノン・アスベスト製品を売り出しながら、東南アジアにはアスベスト製品を輸出して大きな利潤を上げているという。Aさんの仕事は一次加工されたアスベスト製品にフェノール等によって化学処理を施し、プレスで型抜きを行いブレイキニングを製造するというものである。工程には、グラインダーによる研磨、電動ノコギリによる切断などの粉じん作業がある。会社は集じん装置も付けず、簡易マスクを支給していただけだった。Aさんは再三集じん装置を付けてくれるように頼んできたが、設置されたのは昨年暮れのことであった。そのためAさんは下着の中までアスベスト粉じんにまみれながら作業しなければならなかった。粉じんによって仕事が終わっても痰が止ま

らないという状態だった。今年の6月「急性気管支炎」にかかったAさんは、「じん肺の疑いあり」と診断された。

センターがAさんと接触を持てたのは、Aさんの友人がたまたま「110番」を報道するテレビを見ていて、Aさんの病気がアスベストが原因ではないかと思い電話してきたからだった。

現在Aさんは、じん肺管理区分申請の準備を行っている。

●工業地帯の断熱工事に従事 重度のじん肺に苦しむ日々 ●

奈良県に住むBさんは、かつてHパッキング製造会社に13年間雇用された。その後Bさんは、ある断熱会社に就職、大手断熱会社の下請け工として、堺、鹿島、水島、尼崎といった工業地帯で蒸気配管にアスベストを巻き付ける断熱作業や、日立造船の現場に入り、船舶の居住区域に断熱材を貼りつける作業に従事した。4～5年前から息苦しさを覚えるようになった。肺機能が低下しているため、睡眠中は空気を吸い込む量が少なくなり、息苦しさが目覚めるという。「空気の薄い山の上で暮らしているようなものです」とBさんは訴える。Bさんも、現在じん肺管理区分の申請を準備中である。

AさんとBさんのように、アスベスト関連労働者の大半は、小零細の企業に勤めている。労

働組合もないそうした職場では、危険性とはうらはらに防じん対策がほとんど取られていないのが実情である。Aさんの場合のように、いくら防じん対策を取るように要望しても会社が聞き入れないことが多いのではなかろうか。

AさんやBさん以外にも、アスベスト製品製造会社に勤務して肺がんで亡くなった労働者の家族からの相談など、深刻な相

談が数多く寄せられた。「アスベスト・職業がん110番」に取り組んで、あらためてアスベスト禍の深刻さ、裾野の広さを実感させられた。しかし、それも一端にすぎない。恒常的で効果的な被災者発掘活動をどうやって進めていけばよいのか、それが次の課題である。

■ (関西労働者安全センター 岩田賢司)

トイレに行く間もなし

神奈川 ● 反省点を今後を活かしながら

神奈川のセンターでの「アスベスト・職業がん110番」の相談件数は、7月2日当日のみで25件にものぼった。一言で言えば大成功である。なにしろ、たった1日で1か月分に相当する相談記録を作ったのだから。うれしい悲鳴とはこのことを言うのだろうと思う。しかし、マスコミを通じての相談活動としては初めての取り組みということもあり、いくつかの点で反省点も残った。

まず、1日集中相談という限られた時間内で、はたしてどれだけ丁寧かつ適切・有効な回答になっていたか、反省しきりである。事実、神奈川の場合、やむを得ぬ事情で相談日当日は1人で対応せざるを得ず、1日中

電話がかかりっぱなしでトイレに行く間もないのが実態であった。相談者の話でも、何回電話しても話し中ということが多かったようだ。少なくとも、窓口電話を2本にし、相談担当者を交替可能な3名は確保すべきではなかったか。

その二。労災申請の時効にひっかかる人の場合に対する適切

な回答を用意しておくべきではなかったか。とくに遺族補償の場合、申請する権利が5年で消滅することを明確にしたうえで、その他の裁判等の救済手段についても答え得る準備をしておくべきであったと思う。

その三。後日相談になった場合、あらかじめ対応が遅れがちになることを考慮して、その旨を書いた文書なども用意しておくべきではなかったか。神奈川の場合は、相談者の皆様へ宛てた文章1通と「アスベスト健康被害110番」のパンフレットを送付した。

以上の反省点を踏まえて、また、今回の経験なども活かしながら、次の110番の取り組みに備えたいと思う。 ■

(神奈川労災職業病センター)

▼アスベスト・職業がん 110番開設場所▼



外国人労働者の成人病検診

神奈川●フィリピン人、韓国人29人が受診

今年になって、港町診療所に通院する外国人労働者の数がグンと増えている。新患はすでに昨年の2倍。内訳は、50%がフィリピン、30%が韓国、あとはパキスタン、バングラデシュ、ペルーなど、全部で10ヶ国に及ぶ。韓国の労働者の患者さんが急増しているのは、ボランティアの通訳のHさんの尽力によるもの。労災の比率が高い。

7月20日土曜日の午後、「カラバオの会」などの協力も得て、外国人労働者の成人病健診を実施した。40才以上、フィリピン人、韓国人あわせて30人を予定。当日は、20人のフィリピン人、9人の韓国人が受診した。そのうち女性は、名。費用はひとり1,000円。意外だったのは、60代の老夫婦が受診したこと。フィリピンから出稼ぎの息子を頼って日本に来たとのこと。もちろんオーバーステイ。

健診内容は、身長・体重・視力などの測定、ハンゲル、タガログに記した問診表を日本語に写しかえながらチェック。レントゲンは初めてという人に、通訳つきで「ハイ息を吸って～」とやるのも一苦勞。血液検査、心電図、そして診察。医師5名、通訳3名(ハンゲル2名、タガログ1名)、看護婦4名、その他手

伝いを合わせて15名の体制は、これからのための経験を積むという意味合いも。

1週間後の27日には、健診の

結果説明会を開催。レントゲンを見ながらの医師が説明する(もちろん通訳つき)。そして結果を記入した表を手渡す。思っていたほど悪くはなかったが2割は治療が必要。これを第1回目として、これからもやっつこう、というのが、とりあえずの総括。 ■

(港町診療所 早川 寛)

京都労安連絡会議発足

京都●「労働と生きる権利を守る」センターに

7月3日、「京都労働安全衛生連絡会議」発足記念集会在、岡山大学医学部・青山英康教授の特別記念講演をメインとして開催された。

京都盆地特有の「むし暑さ」は祇園祭りの巡行日前後にピークに達するが今年は暑さが、地表の高温化に比例するように7月に入って猛暑が続く最中の当日、参加者は100名を超え、顔ぶれは21労組(単産、単組を含め)、その他医療機関、医師らが参加。

司会は洛南労働安全衛生交流会の滝川氏が行い、主催者を代表して関西労災職業病研究会の豊田氏が決意をこめて挨拶を述べる。続いて連帯のメッセージ、挨拶が次の各氏より寄せられ披露される(全国労働安全衛生センター連絡会議、尼崎労働者安全衛生センター、大阪北摂労災職業病対策会議、三池大災害原

告団沖克太郎団長)。

「皆の力で労働づくりと職場づくりを」岡大・青山教授のユーモアあふれる講演に参加者感動

つづいて青山英康教授は独特の話術とユーモアに富んだ口調で要旨次のような講演を行った。「実労働日1日あたり10人の労働者が命を落としている。しかしマスコミには大きい災害でない限り報道されることはない。考えてみれば不思議なことだ。

私は学生諸君へ、最後の講義で《必ず患者さんの職業を聞けよ》という。つまり《疾病を職業との関連でとらえよ》と言うのだが何時しか忘れられていく。

また、年に3000種の新しい物質、薬品が職場に導入されているが、労働省の職業病、労災の認定順位は、①腰痛、②じん肺、③火傷、④化学物質によるもの、



⑤非災害性腰痛一と変わりばえせず、新しい物質による認定はまれである。

快適な職場づくり、シルバーヘルスプラン、メンタルヘルスマネジメントなど労働省によって造りだされる言葉はあるけれども、労働者の要求であってこそ未来をめざす運動は生まれる。

過労死が大きな話題になっているが、長時間労働のみが過労ではない。労働の質の変化をみなければいけない。でない15日間休みなして過労死で認定ということだけが強調されると、10日間で倒れてもダメだというあきらめの事態になる。

強調したいのは、労働者にとっても一番大きいストレスとは、労働者の労働への創意や工夫を認めない、あてがわれた単純、単調労働であり、《俺、何を作っているの?》という自己錯誤の感覚に追い込まれることだ。椅子一つでも自分で調整できることが大事だ。皆で労働づくり、皆の力で職場づくりをめざそう。

(以上、文責連絡会議)

なごやかな空気の中で「労働者にとっての労働づくり」の重要性を強調されて講演を終えた。

京都労働運動界の著名人の一人である前全金京滋地本・山田禧市郎副委員長が「当面の活動方針について」の提起を行い、全員拍手で承認。最後に、全日本建設運輸連帯労組関西生コン支部の金谷執行委員の音頭で「団結ガンバロー」を三唱し、記念集会是成功裡に散会した。

「山宣」以来の闘いを教訓化労働運動を中軸とした地域の砦として

ここ京都の地は、1929年(昭和4年)の当時、ただ一人、帝国議会において「侵略戦争反対」「治安維持法反対」を叫び、闘い抜き、同年3月5日夜、右翼テロによって命を奪われた不屈の闘士、労農党の山本宣治代議士を輩出した土地である。

山本宣治は優れた生物学者で

あるとともに、育児制限や安全衛生問題を労働者、農民、市民の中に積極的にもちこみ、社会の矛盾、不正を訴え、糾弾し、共に闘い、「山宣」の名で愛された。そして有名な最後の演説で「山宣一人孤壘を守る。だが私は淋しくはない。背後には大衆が支持しているから」と叫び、今日にいたるも敬慕されている大衆政治家としてその生涯を終えたが、'29年3月15日、山宣記念病院建設アピールが救援会より発せられ、以来1941年まで無産者診療所運動が天皇制権力の弾圧の中、苦闘し、いき続けたのである。

戦後、この革新の土壌の上で、全国金属労組を例にとれば、日本計算器、三豊工業、伊原製作所の闘い、あるいは国労大阪新幹線支部保線所分会の闘いなどの労働運動としての労災職業病闘争の路線形成に大きな影響を与えた闘いの数々、あるいは全国の大学闘争では初めてであろう、1974年の「京都大学の施設を労働者、被災労働者に開放せよ」「労働者、人民の立場にたつ学問の創設を」めざした、大学解放の闘い、これら労学の闘いの流れと教訓を受けとめ、合作し、労働運動を基調とした統一センターが発足した次第である。

われわれのセンターは、労働者の基本的な要求である「労働と自らの尊厳と、生きる権利」を守る闘いと運動を進める地域

の砦として、共に闘わん一とする、すべての人々に「開かれた」組織である。

また、全国労働安全衛生センター連絡会議への早期の加入をめざすと共に、全国各地域セン

ターの諸兄弟の御指導を切望する次第である。 ■

事務所：601 京都市南区西九条東島町50-9山本ビル3F

TEL(075)691-6191/FAX691-6145

(関西労災職業病研究会)

第11回集会と労働省交渉

被災者全国連●労働者の人権を柱にした労働行政を

この1年間、自立した組織として運動を継続、6月22日～23日にかけて岐阜県伊那市で第11回全国集会も開催することができました。これもひとえに全国の皆様の暖かい御支援のおかげで心より御礼申し上げます。

さて、7月12日には、五島正規衆議院議員の御尽力で労働省と交渉を持ちました。

今回は特に、アメリカ障害者法の学習会を行い、またスウェーデンにおける障害者の労働や生活について今集会で特別報告を受けてきた経過から、被災者の雇用促進をはじめとして、業務上認定基準の拡大、労災防止指導員の権限強化・拡大等々について要請しました。

●ノーマライゼーション

には程遠い労働省

適正給付管理ということで、療養開始後1年6か月で労災保険が打ち切られてしまう現状、被災者にとって職場に復帰する条件には大変厳しいものがあります。残された身体、残された能

力を受け入れる企業がほとんどないからです。

障害者雇用促進法により障害者雇用のための訓練施設や職域開発施策がありますが、労災職業病の被災者にとって活用できる内容としては不十分といえます。健常者と同じ職場で働くということは、ノーマライゼーションの理念でもあり、労働のゆとり・職場のゆとりを考えていくうえでも大きな意味を持つと思われませんが、労働省としては労働福祉事業の分野でやってきたし、社会復帰指導員もおり、全く成果が上がっていないということではないと答えました。被災者の職場復帰に関する責任ある指導部局についても、どこかの部局と明言できず、ノーマライゼーションの実施には程遠い回答でした。

●スウェーデンには労働拒否権がある

その他に最近の裁判によって業務上認定の行政判断が敗訴している事実を踏まえ、認定基準

の拡大を求めましたが、「現時点での医学的知見を集約して判断しており、認定基準の見直しはしない」として、被災者を救済するという前向きな姿勢は全くみられませんでした。

また、監督官が少なく、20年に1回位しか事業所をまわりきれないということから労災防止指導員の権限拡大・強化の検討を要望しましたが、今年大型事故専門に特別指導監督官を配置したし、今までも指導してきて成果が上がっているという説明でした。スウェーデンでは危険な仕事に対し、労働者は労働拒否権を持っており、活用しても解雇されないそうですが、日本ではそのような拒否権はなく、労働者は自分で自分を守ることができないことになっています。

昨年度よりこれらに関連するILO条約の早期批准についても要望していますが、「それぞれの条約に検討を要する問題点がある」。「今の労働安全衛生法を守っていない会社もあり、国としても守れないものを批准しても仕方ない」という後ろ向きの姿勢で、労働者の人権より企業に弱い行政の姿を表わしていました。

経済大国としての責務としてもうそろそろ、労働者の人権を柱にした労働行政を行う時期にきているのではないのでしょうか？ ■

(労災職業病被災者
対策全国連絡会議)

野中じん肺合併肺がん訴訟大分地裁判決(中)

理 由

一 亡政男の粉じん作業歴

請求原因1の(一)の事実のうち、亡政男が昭和24年3月から昭和47年5月までの間に(1)ないし(7)(但し、(4)について事業場を除く。)及び(9)の粉じん作業に従事したことは当事者間に争いがなく、原告本人尋問の結果により真正に成立したと認められる甲30号証、原告本人尋問の結果及び弁論の全趣旨によれば、請求原因1の(一)の(4)の亡政男が粉じん作業に従事したのは長門機械株式会社の事業場であったこと、亡政男は同(8)のとおり名古屋市内の生コンクリート会社において鉄骨の溶接作業に従事したこと、同(1)ないし(4)及び(9)の作業は、セメント原料等による多量の粉じんが発生・飛散している事業場におけるアーク溶接作業で、右作業自体も金属粉じんを発生させるものであり同(5)及び(7)の作業はトンネル坑内におけるアーク溶接作業、同(6)の作業は鉄工所におけるアーク溶接作業であり、(1)ないし(7)及び(9)の作業はいずれも多量の粉じんに暴露されるじん肺法施行規則2条に規定する「粉じん作業」であると認めることができる。しかし(8)の名古屋市内の生コンクリート会社における鉄骨の溶接作業は、具体的な作業内容は明らかにされておらず、作業場所が屋内であるのか屋外であるのかも明らかでないうえ、成立に争いのない乙5号証によれば、亡政男のじん肺健康診断結果証明書の粉じん作業職歴欄には請求原因1の(一)の(1)ないし(7)及び(9)の粉じん作業歴が詳細に記載されているのに対し、(8)の記載がされていないことが認められるのであって、以上の点に照らせば、亡政男が名古屋市内で従事していた作

業がじん肺法施行規則2条に規定する粉じん作業であると直ちに認めることはできない。

二 亡政男の病歴、じん肺の病態及び程度

請求原因1の(二)の事実は当事者間に争いがなく、前掲甲30号証、成立に争いのない甲3号証、10号証、乙5号証の4、5、12号証、16号証の2、19号証の2、20号証の2、弁論の全趣旨により真正に成立したと認められる乙22号証によれば、亡政男の罹患したじん肺の種類はけい肺であり、同人は両肺ともけい肺症に罹患していたこと、前示のとおり、亡政男の主治医である長門宏医師は亡政男のじん肺の程度は管理4と診断したのに対し、滝隆医師は長門宏医師による亡政男の肺機能検査の結果では亡政男に肺機能の著しい障害がある(F++)と認めることはできず、F(+)とみるのが相当であるから、亡政男のじん肺の程度はじん肺管理区分3イと診断し、福岡地方じん肺審査医である小野庸医師、産業医科大学産業生理科学研究所の馬場快彦医師も亡政男はじん肺管理区分3イと判断するのが相当である旨の意見書を提出したことが認められる。

三 亡政男の死亡とその原因

亡政男の死因を除くその余の請求原因1の(三)の事実は当事者間に争いがなく、前掲甲3号証、10号証、乙16号証の2、19号証の2、成立に争いのない乙4号証の2、5号証の2、16号証の2、18号証の2、26号証及び弁論の全趣旨によれば、亡政男は、長門記念病院において治療を受けていたが、右肺野の空洞が大きくなってきたことから肺結核が悪化したものと診断され、昭和57年1月16日同病院に入院し、肺結核に対する治療を受けたが、症状の改善はみられず、結核菌検査の結果でも結核菌が証明されず、右空洞内に液貯留がみられたので空洞内感染によるものと診断され、抗生物

質の大量使用が行われたが、症状が悪化したため大分医科大学附属病院に転院し、同病院で空洞内の液を検査しても結核菌は発見されず、生検の結果肺がんと診断されたこと、亡政男の病理解剖の結果によると、亡政男の右肺下葉S6に陳旧性の結核性空洞が存在し、その空洞壁の全周にわたってがん組織が存在し、空洞の一部には再生扁平上皮がんが存在したこと、がんの組織型は扁平上皮がんと腺がんが混在する低分化型腺扁平上皮がんであり、がんは右肺動脈、両肺門リンパ節等に転移していたこと、右肺下葉の空洞から大量喀血があり、両側気管支及び肺胞内に大量の血液吸引がみられたこと、右肺には間質性肺炎または繊維症の症状がみられ、右気管支粘膜の扁平上皮化生、著名な繊維性肥厚を伴ったび慢性胸膜癒着(右胸膜)がみられるほか、両肺にけい素の沈着並びに小結節が多数みられたこと、亡政男は肺がんによる右肺空洞部からの大量喀血により引き起こされた気管支及び肺胞内の大量の血液吸引により死亡したこと、亡政男の肺がんは右肺下葉空洞癒着から発生した癒着がんともみるのが相当であること、以上の事実が認められる。

右事実によれば、亡政男はじん肺に合併した肺結核による病変である右肺下葉の空洞癒着から発生した原発性の肺がんにより死亡したと認められ、右認定に反する証拠はない。

四 本件不支給処分等

請求原因2の(一)の事実のうち、原告が亡政男の妻であったこと、同2の(二)(本件不支給処分の存在)、同3の(一)、(二)(審査請求及び再審査請求の経由)の各事実はいずれも当事者間に争いがなく、同2の(一)の事実のうち、原告が亡政男の死亡当時その収入により生計を維持していたことは被告において明らかに争わないから、これを自白したものとみなす。

五 亡政男の肺がんの業務起因性について

そこで、亡政男の死亡が労災保険法12条の8第2項、労働基準法79条、80条の規定する「労働者が業務上死亡した場合」に該当するかどうかについて検討するが、亡政男の死因であ

る肺がんは、労働基準法75条2項、労基規則35条別表第1の2第5号において業務上の疾病と認められたじん肺法施行規則1条に掲げられた疾病ではないため、同別表第1の2第9号に規定する「その他業務に起因することの明らかな疾病」に該当するか否か、すなわち、業務と相当因果関係があるか否かについて検討する。

なお、本件においては、亡政男は、前記のとおり粉じん作業に従事してじん肺に罹患し、じん肺に合併した肺結核による右肺空洞癒着から原発した肺がんにより死亡したが、じん肺及びこれに合併した肺結核については労働基準法75条2項、じん肺法施行規則1条、労基規則35条別表第1の2第5号により業務上の疾病として粉じん作業との間に一般的な業務起因性が肯定されているので、亡政男が罹患していたじん肺及び合併症である肺結核と肺がんとの間に相当因果関係の存在することが認められれば、結局肺がんの業務起因性も肯定されることとなる。

そこで、以下においてじん肺(合併肺結核)とこれに合併した肺がんとの相当因果関係の存否について検討する。

1 じん肺と肺がんとの関連に関する医学的研究について

成立に争いのない甲4号証、6号証、11、12号証、13号証の1ないし3、15号証の1ないし3、18号証の1、2、19号証、20号証、22号証、24、25号証、27、28号証、31ないし34号証、乙14号証、23号証及び弁論の全趣旨により真正に成立したものと認められる甲5号証、23号証、証人山本真の証言並びに弁論の全趣旨によれば、次の事実を認めることができ、右認定に反する証拠はない。

(一) じん肺(石綿肺を除く、以下同じ。)に原発性肺がんを合併する症例は、諸外国では1920年代よりわが国では1940年代後半より報告が見られるようになり、近年その数が次第に増大してきたのに伴い、じん肺とこれに合併した肺がんとの間に因果関係が存在するか否かが注目され、右の点に関連して、けい肺症の組織変化と肺がんとの関連

性を示唆する佐野辰雄の論文、けい肺症患者の肺がん合併率が高度であってけい肺と肺がんとの密接な関連を指摘する藤沢泰憲・菊地幸吉らの報告等がなされるに至った。

そこで、労働省は、じん肺と肺がんとの関連を検討させるため、珪肺労災病院の千代谷慶三を座長とし、じん肺の臨床研究者、じん肺の病理学専攻者、労働衛生専攻者、疫学専攻者といった医学専門家を構成員とする専門家会議を設置した。専門家会議は昭和51年9月以降、じん肺と肺がんとの因果性に関する数多くの国内外のレポートを概括的に見直したうえ、最近の知見を加えて両者の因果関係に関する意見を取りまとめ、昭和53年10月18日付で専門家会議報告書(乙14号証)を労働省労働基準局長に提出してその検討結果を報告した。

専門家会議報告書はけい酸又はけい酸塩粉じんによって惹起されたじん肺(珪肺)を中心に、これと合併した肺がんとの関連性について検討を加えたものであり、専門家会議報告書において示された医学的見解の概要は以下のとおりである。

(1) 粉じんの発がん性について

無機粉じんの発がん性については、従来よりクロム、ニッケル、ペリリウム、石綿等による肺がん発生の実験的研究があり、その他発がん性が疑われる粉じんとしてはコバルト、酸化鉄等があげられている。

一方、けい酸粉じんの発がん性については、一部に長期粉じん暴露実験において悪性腫瘍発生の陽性成績が得られたとの報告があるが、諸家の報告の多くは否定的な見解を示しており、現時点においては、この種の粉じんの発がん性についてこれを積極的に肯定する見解は得られなかった。

(2) 実験病理学的成果について

吸入された粉じんは、その物理化学的特性によって気管支、細気管支、肺胞を含む気道系及びその周囲の間質組織、肺内リンパ組織、胸膜等に複雑な生体反応

を惹起し、いわゆるじん肺性病変を発生させる。その生体反応の場合は細気管支、肺胞系が中心である。この病変に急性及び慢性の感染症等による修飾も加わって、究極的には気道変化、肺の繊維化、気腫化等の様々なパターンでのじん肺性変化に至るものである。

じん肺に合併した肺がんは、このようなじん肺性変化の進展過程のいずれかの時点において発生するが、両者の間の病因論的関連性については、いまだ不明の点が多い。これらを解明する有力な手段として実験病理学的手法があるが、右課題に即応しうる実験モデルの作成は今日なお極めて困難であり、したがって、これまでの実験成果から得られる情報は乏しく、かつ、限られた範囲のものでしかない。

(3) じん肺と肺がんの合併症例の病理学的検討について

剖検された多くの症例が病変の進行した肺がんであるため、じん肺と肺がん発生の因果関係を病理形態学的観点から確かめることは難しい。しかし、比較的早期の肺がんとじん肺との組織学的関係の検討やじん肺に合併した肺がんと一般の肺がんの比較等を行えば、その因果関係の有無について何らかの示唆を得る可能性がある。

一般に外因性肺がんの組織型は扁平上皮がんが多い傾向にあるとされ、じん肺に合併した肺がんも扁平上皮がんが多い傾向にあるとされているが、一般の肺がんと比較して統計学的に有意差はない。原発部位は、下葉原発が上葉のほぼ2倍と多く、一般の肺がんについては上葉原発が多いが下葉とほぼ等しいことと比較して対照的であるとされ、下葉に好発すると報告されている石綿肺における肺がんとの類似が注目される。

しかし、外因性の肺がんには職業性のがん原性因子暴露に起因するもののほかに、喫煙のような非職業性の原因による

ものが含まれるので、単にがんの組織型とか原発部位のみから直ちに職業性のがんであるか否かを判定することは困難である。

じん肺の程度と肺がん合併頻度の関連については、肺がん合併例をじん肺エックス線病型別にあるいは病理組織学的に観察して、じん肺病変の程度が高度なものよりもむしろ中等度または軽度のじん肺に肺がん合併が多いとする報告がある。しかし、じん肺における病変は極めて多彩であり、重症例は比較的若年で死亡すること等を考えると、じん肺性病変の程度と肺がん合併率との関係のみをもって直ちに両者の間の量-反応関係を否定し去ることはできない。

じん肺に合併した初期の微小がんの病理組織学的観察では、けい肺症性病変とがん病巣との間の密接な接触性と病理組織学的変化の連続性を認めた報告があり、厳密な癒痕がんの病理学的診断基準に適合する例もあげられており、これらの病理形態学的な事実は、じん肺が肺がんの発生母地であることの直接的な証拠にならないが、その可能性を強く示唆するものと考えられる。

じん肺における気道上皮の病理学的変化について、岩見沢労災病院の剖検例ではほとんどのじん肺例(124例中109例、88%)に程度の差、組織像の差はあれ、急性及び慢性気管支炎の病理組織像が確認された。粘膜上皮の変化は気管支炎と必ずしも並行しないが、じん肺における基底細胞増殖の頻度が高いことは気管支炎に基づくと考えられる。基底細胞増殖自体はがん発生と直接結びつくとはいえないが、じん肺における長期間持続する刺激とこれに基づく慢性炎症、上皮の増殖性変化は発がん母地となりうる可能性が大きいとの報告がある。

じん肺においては、慢性気管支炎、細気管支炎などを背景とした慢性間質性線維症はしばしば認められ、これに細気管

支、肺胞の著明な拡張を伴った蜂窩織肺が生ずることが多い(じん肺126例中16例、12.7%)。注目すべきは、この病変には末梢気道上皮の腺様増殖が必発なことである。このようなじん肺慢性炎症、肉芽組織あるいは癒痕が気管支上皮、末梢気道上皮の病的増殖を起こすことによつて生ずる通常の意味の癒痕がん発生の可能性、次に、じん肺性癒痕が同時に吸入された何らかのがん原物質を肺内に停滞、局在させる可能性をあげている報告があり、また、じん肺性癒痕は肺間質、肺胞、末梢気管支上皮に剥離、修復機転を繰り返して起こさせたり、粉じんの停滞が気管支粘膜上皮を刺激し、慢性炎症性変化を起こし、さらには上皮の化生増殖を起こしてがん発生の母地となる可能性をあげる報告もある。

しかし、現状では以上の事実をもってしても、病理形態学的立場からじん肺性変化が肺がんの発生母地となり得ると断定するには証拠が乏しい。今後じん肺における上皮内がん症例の成績の蓄積がなされ、それらとじん肺病変との病理組織学的連続性が証明されて初めてじん肺と肺がんとの因果関係の存在が結論させると考えられる。

(4) 剖検例から見たじん肺と肺がん合併の統計的検討について

一般に剖検統計では症例の選択による偏りが現れやすい欠点があるが、日本病理学会編集の日本剖検輯報は、わが国の大病院、大学病院のすべての剖検例を網羅し、わが国の剖検例のほとんど全例が集録されており、世界的にその量と正確度で最も信頼できる資料である。一方、岩見沢労災病院は、北海道地域のじん肺患者の約70パーセントが受診し、死亡したじん肺患者の74.4パーセント(昭和47年から昭和51年までの平均値)を取り扱い、じん肺のセンター病院としての機能を持ち、かつ同病院で死亡したじん肺患者は、特殊事情がないかぎりほぼ全例が

剖検され(1956年から1977年までの同病院の死亡者は348例である)、医師側の選択の可能性は少なく、北海道地方のじん肺患者の動向をかなり正確に反映していると考えられるところから、日本剖検輯報(1956年から1976年)及び岩見沢労災病院(1956年から1976年)の各調査成績をもつて、現時点において最も信頼するに足りるじん肺剖検統計の資料であると考え、これらの資料と厚生省死因別統計とを比較検討した。

それによれば、岩見沢労災病院剖検例では、じん肺の肺がん合併率は、昭和39年になされた報告(武田)では20パーセント、次いで昭和45年のそれ(菊池)では16.9パーセント、昭和50年になされた2件の報告ではそれぞれ16.2パーセント(藤沢)及び15.8パーセント(奥田)ら、さらに昭和51年12月現在では剖検総数327例中49例(15.0パーセント)を示しており、剖検総数が増加するにつれて、若干減少の傾向を認めるが、それでも15.0パーセントという高率を保持している。

一方、昭和33年から同49年までの日本剖検輯報に登録されたじん肺剖検例は1172例であり、うち179例(男子175例、女子4例)、15.3パーセントに肺がんの合併を認めた。この比率は岩見沢労災病院剖検例とほとんど一致する。

一般に剖検例には医師側の選択が入り、特に悪性腫瘍に偏りが見られる傾向があるが、岩見沢労災病院のごとくほぼ全例が剖検される施設における成績と全日本じん肺剖検例の成績が一致することは決して偶然とは考えられない。実際、肺がん合併率が北海道のみならず、四国(44.4パーセント)を除く各地域とも10ないし20パーセント、平均15.3パーセントという高率を示し、また職種別でもほぼ14ないし16パーセント程度で肺がん合併の認められたことは、じん肺における肺がんの合併が単なるサンプリングの偏りによるものでなく、有意に頻度の高いこ

とを示唆している。

なお、奥田らによる岩見沢労災病院の剖検例は、そのほとんどの例で肺がんはじん肺認定後に発生したものであるが、肺がん罹患した患者が選択的に同病院を受診した疑いを払拭できない。そこで、昭和31年から昭和50年までの間に同病院で剖検された55例について初診から死亡までの経過を再検討し、入院後1年以内に肺がんが合併した17例を入院時に肺がんがあったと仮定して除外し、残り38例について肺がんの合併頻度を計算した。これは最も少ない肺がん合併数をとって、危険度をみようとしたものである。同病院の臨床診断と剖検診断の一致率は低く見積って60パーセントであるから、右38例のうち、23例が臨床診断のみで肺がんと診断されたことになる(38×0.6=22.8)。

同じ期間の同病院のけい肺患者死亡数は343例であるので、臨床診断のみで発見された場合の肺がんの合併頻度は6.7パーセント(23÷343)となる。

対照として、全日本死亡例における肺がん合併例(臨床診断が主体)の全死亡中に占める割合を見ると、昭和40年及び同45年の40歳以上の男子では2.3パーセントにすぎない。したがって、岩見沢労災病院におけるけい肺患者の全死亡中に占める肺がん合併率は、臨床診断のみで発見された見込まれる合併症例数のみで検討しても全日本死亡例における合併率の3倍近く高かったことになる。なお、実際の肺がん合併リスクはもう少し高いものと思われる。

じん肺剖検例の部位別悪性腫瘍頻度を見ると、男子のみの全悪性腫瘍に対する肺がんの割合は、全国じん肺剖検例(昭和33年から昭和49年)では46.1パーセント、岩見沢労災病院剖検例(昭和31年から昭和48年)では47.1パーセントで、厚生省人口動態統計(昭和49年)の13.2パーセントよりも高く、全死亡に対する肺がんの割合も全国じん肺剖検例で15.7パー

セント、岩見沢労災病院剖検例で15.8パーセントと厚生省人口動態統計の2.6パーセントの約6倍を示している。口腔・咽喉頭がんの全死亡に対する割合は、人口動態統計の0.2パーセントと比較すると、全国じん肺剖検例は1.3パーセント、岩見沢労災病院剖検例は0.8パーセントで、それぞれ6.5倍、4倍と高く、全国じん肺剖検例及び岩見沢労災病院剖検例における全悪性腫瘍及び全死亡に対する割合が人口動態統計のそれよりもいずれも上回っているのは、肺がん及び口腔・咽喉頭がんの二者のみである。一方、胃がんをはじめその他の悪性腫瘍では右割合がほぼ同率かあるいは低い。このことからけい酸を含む粉じんは上部呼吸器及び下部呼吸器に対して発がん性を促す方向に作用している可能性がある。

(5) 一般医療機関におけるじん肺合併肺がんについて

じん肺患者の医療を担当する全国一般病院施設における外来、入院患者の調査成績では、初診時に肺がんの症候のあったものが56パーセントを占めていたが、全体として肺がんの合併頻度は高い傾向にあった。

それらの症例の肺がん発見時のじん肺エックス線病型は、軽度もしくは中等度進展例が過半数を占めていた。

右のとおりじん肺患者のうち剖検が行われた集団のみならず、けい肺を主体とするじん肺で療養中の患者集団においても、肺がん合併率が高い傾向が窺われる。

(6) じん肺と肺がんとの合併に関する疫学的考察について

じん肺患者における肺がんの合併について、臨床病理学的ならびに臨床疫学的ないくつかの報告を中心に、他のがん原性物質が関与する職業がんと比較しつつ、疫学的立場から、関連の普遍性、時間的関係、関連の強さ、関連の特異性、他の生物学的所見との一致性の各項目に着目して検討を加えた結果は、以下のとおりで

ある。

けい肺合併肺がんについては、わが国の臨床病理学的調査及び臨床疫学調査は、どのけい肺集団をとってみてもすべて肺がん合併率の高い蓋然性のあることを示唆しているが、その程度は調査で若干異なっており、外国における調査でも、けい肺に肺がんの合併する頻度は高低さまざままで一定していない。また、国内外ともほとんどの調査が一般人口を基礎としていないので、そのまま比較することは困難であり、その評価にも限界がある。

原因と結果の時間的關係については、けい肺合併肺がんはけい酸またはけい酸塩粉じんの暴露開始後概ね10から40年経過後に発症しており、大部分が20年以上経過後であることは、既知の職業がんの場合に似ている。

けい肺の肺がん合併のリスクは、既知の職業がんにおけるリスクに匹敵するほど高いものは認められず、肺がん発生の明らかな量-反応関係も認められない。ただし、全国的に見てけい肺有所見者ではエックス線写真像のPR1からPR2が大部分を占めていること、重症例はより若年で死亡することを考えると、量と反応の關係は全く存在しないとはいえない。

けい肺合併肺がん症例には特異な知見は得られていない。けい肺が大多数の肺がんにも認められるという事実はない。

肺がんの組織型についてみると、扁平上皮がんが一般の肺がんに比して若干多く、腺がんが少ない傾向にあるが、他の職業がんの場合と同じという程顕著でない。がん発生の部位は、けい肺例では肺下葉に多い特徴を有し、石綿肺合併肺がんの場合に類似している。なお、一般の肺がんは上葉に多い。

現在けい酸又はけい酸塩粉じんに明らかながん原性があるとの報告はない。

以上を総括して考察すると、けい肺と肺がんとの間に何らかの関連性のあるこ

とは強く示唆されるが、一方既知の職業がんと同一のレベルで論ずることができないことも事実である。検討した資料が既知の職業性肺がんに比べて量的に少ないこと、質的にも関連性の強さの程度が明らかでないことが確定的な結論を引き出し得ない主因である。

(二) 千代谷慶三は、日本災害医学会誌第29巻第3号(昭和56年3月1日発行)に、次のとおり報告している。

すなわち、昭和46年から昭和54年の間に珪肺労災病院において療養した患者集団の中から、療養経過中新たに原発性肺がんを合併し、死亡に至った症例について調査した結果、昭和50年以降におけるこの集団の原発性肺がん死亡のリスクはわが国の人口のそれに比べて高いが、近年に至って患者集団の肺がん死亡のリスクがにわか高まってきたことは注目すべき現象であり、その理由は、患者集団が年々延命し、その平均死亡年齢が肺がん発生年齢に達し、じん肺患者が本来持っている高い肺がんリスクがようやく顕在化してきたことにある。死亡12例のうち扁平上皮がんは7例、腺がん3例、その他2例であった。主に胸部エックス線写真がじん肺由来の陰影に覆われて肺がん陰影の識別を困難にしていることから、じん肺に合併した肺がんの早期の臨床診断は一般の肺がんと比較して困難をとまった、と報告している。

(三) 菊池浩吉及び奥田正治は、日本災害医学会誌第29巻第3号(昭和56年3月1日発行)に掲載された、岩見沢労災病院の剖検例を調査対象としたじん肺と肺がんとの関連に関する「じん肺と肺がんについて一病理の立場から」と題する論文において、右の点に関して概要次のような見解を発表した。

すなわち、昭和31年から同54年までの岩見沢労災病院におけるけい肺剖検例406例を臨床病理学的及び統計学的に検討し、昭和33年から同49年までの日本病理剖検輯報のじん肺剖検例1172例の統計的検討を加えた結果、けい肺症に肺がんの合併頻度が高

いことはほぼ容認される事実と思われ、じん肺合併肺がんの組織型は、一般肺がんのそれに比べて扁平上皮がんが有意に多く、これは外因性の肺がんの多発を示唆した。また微小がんの観察では、その部位はいずれも肉眼的、組織学的にけい肺症の癍痕に接して存在し、けい肺症との何らかの関連が示唆された。じん肺症一般の気道上皮の変化からは、細気管支粘膜上皮、肺胞上皮の増殖性病変が示唆的であり、とくに吸入物質の沈着の場としての癍痕の存在を考慮する必要があると考えられる。実験的にじん肺と肺がんとの関連を立証することはかなり困難であるが、粉じんと発がん物質を同時に肺内投与する実験は多く、いずれも粉じん投与時に発がんを促進する成績を得ている。なお、肺結核の肺がん発生における意義については否定的である。まとめとして、じん肺と肺がんとの関連について、剖検統計、病理学的観察から、両者の間に密接な因果關係を示唆する成績を得た、としている。

(四) 安田直也、佐々木雄一、酒井一郎、田辺孝一、伊藤廉、安曾武夫、奥田正治は、日本災害医学会誌第29巻8号(昭和56年8月1日発行)に掲載された「じん肺症に合併した肺がん症例の臨床的検討」と題する論文において、昭和50年7月から昭和55年6月までの期間に岩見沢労災病院において診療を受けたじん肺患者の中から、肺がんの合併を診断された37例についての臨床的検討の結果を次のとおり報告した。

すなわち、右期間に診療を受けた全じん肺症患者を母集団として計算すると、じん肺症患者の肺がん発病率は同年代の日本人の6.8倍であり、じん肺症合併肺がんは、一般の男性肺がんに比し、扁平上皮がんが多く、腺がんが少ない傾向が見られた。喫煙量との関係では、肺がん合併患者群には一般のじん肺症患者群より重喫煙者が有意に多いという結果であり、じん肺症に合併する肺がんの発症にも喫煙が影響していると考えられる、と報告している。

(五) 佐野辰雄は、労働の科学第36巻11号(昭和56年1月1日発行)において「炎症とがん—刺激の多様性と細胞反応の単純性」と題して、「じん肺に合併する肺がんの増加は、粉じん巢の線維化の進行には直接の関係はなく、気管支炎と細気管支炎の発生と進行に密接に関係し、炎症による変性と再生の繰り返しの結果であろうとし、また、多様な刺激もそれが細胞に働いたときは、細胞が壊死するか、増殖するか、自律的な増殖(がん化)を起こすのかの三つの方向にしか向わず、がん化は特殊な物質に対して特殊に起こる生体反応ではなく、刺激に対する細胞反応の一連の現象である。人体でのがん原物質による発がんには、その物質の量、作用期間以外に、組織細胞の新陳代謝の旺盛な組織ほど発がんは起こりやすく、この観点から各臓器における慢性炎症の存在は重要である。」と述べている。

更に同人は、じん肺に肺がんが合併するメカニズムに関して、医学的に次のとおり説明できるとしている。

すなわち、がんはがん原物質があるというだけでいきなり起こるわけではなく、がん原物質が働く人間の体のほうにある条件が整わないと現実の発がんは起こらず、がんの発生は人間の体にがんができ易くなる状態ができていようかが非常に大きな関係がある。人間の細胞は、異常な物質代謝を行うとその結果として細胞の核内にある遺伝子が変異を起こして自律的に増殖し、増殖するだけの部位を作るが、それががんである。

じん肺は、結節ができて線維化が起こるだけでなく、必ず粉じんのために気管支炎を起こすが、その気管支炎の継続が長く続いたものほど次第にがんができやすい状態になり、最終的に発がんする。その場合に同時に入ったがん原物質の役割は、そのようながん化を促進するということであり、がん原物質がなくても発がんは起こりうる。

じん肺の程度が軽度なものに肺がんが多く合併する理由として、レントゲン写真は

結節が大きく、線維化が強いほど陰が多くなるから、レントゲン写真上は高度にみえても、実際解剖してみると、結節と結節の間にはまだ使える肺がたくさんあり、また、結節が大きく固まってしまうから、気管支の変化が実際には少ないのに対し、気管支炎化を主にするじん肺はレントゲン写真上では陰影が比較的少なく、進行しているように見えないが、実際に内容的には気管支の変化は進んでいる、つまりレントゲン写真の陰影の量が多いからといって肺の中の変化が強いとは限らないことが考えられる、としている。

(六) 海老原勇は、労働の科学第36巻11号(昭和56年11月1日発行)に掲載された「今日の職業性肺がん—職業性肺がんをめぐる現状と問題点」と題する論文において、発がん物質への暴露以前あるいは同時に炎症を起こさせておくと発がん物質への暴露以前あるいは同時に炎症を起こさせておくと発がんしやすく、このことは発がんにおける生体側の条件として慢性炎症が重要な役割を果たしていることを示している、気道の慢性炎症である慢性気管支炎では、気管支腺の肥大と機能亢進、気管支筋の肥大から線毛細胞の変化、脱落、修復などを繰り返し、気管支上皮の基底細胞やリザーブ細胞の増殖による層形成などが起こり、線毛上皮が扁平上皮に化生していく一方、異型増殖が起こる。細気管支炎の慢性炎症では内腔が容易に閉塞しやすく、小無気肺巣ができたり、換気不全の部分ができたりして、細胞は異常な環境化で異常な代謝を営むことになる。こうした状態は発がんへの好適な状態であり、このような状況下に発がん物質が作用することにより、がんへの「ひきがね」が引かれ、現実のがん発生へと結びつくと考えられる、と報告している。

また、同人は、同誌に掲載された「じん肺と肺がん—じん肺における発がんの母地を中心に」と題する論文において、比較的最近までの報告にはじん肺(特にけい肺)が肺がんのリスク・ファクターであることに

消極的なものが多かったが、じん肺患者の延命がはかられ、肺がんの好発年齢以上に生存する者が多くなってきた最近の研究報告では一致してけい肺に肺がんの過剰死亡を認めているとし、そこで、けい肺と肺がんの関連をじん肺における組織変化と発がん母地という面から労働科学研究所に保存されているじん肺剖検例の病理学的特徴の有無を検討して、じん肺にみられる病理組織学的変化そのものが発がんの好適な母地となっていることは、病理組織学的検討からも明らかであると考えられた、と報告している。

さらに、同人は、労働の科学第39巻12号(昭和59年12月1日発行)に掲載された「じん肺をめぐる社会医学的諸問題」において、粉じん作業者の肺がんのリスクは1.5ないし4.0程度であり、肺がんの原発部位は、じん肺所見の軽度のものでは肺門型が多く、中程度から高度のじん肺では塊状巣に接した部位や塊状巣が形成されようとしている部位からの肺野型が多い。粉じん吸入により細胞性免疫が低下することが知られており、粉じん作業者は職業的にがん細胞に対する免疫機能を低下させる物質を吸入していることになる、と報告している。

また、同人は、日胸疾会誌27巻5号(平成元年)に掲載された「じん肺と肺がんに関する病理組織学的検討」と題する論文において、じん肺と肺がんの関連性につき48例のじん肺合併肺がんを対象に病理学的に検討を加えた結果を次のとおり報告した。

すなわち、肺がんの組織型は扁平上皮がんが最も多く(26例)、次いで小細胞がん(11例)腺がん(7例)であった。扁平上皮がん、小細胞がんは中心型、末梢型共にみられたが、腺がんは末梢型に限られていた。原発部位は軽度のじん肺では右肺に多いが、中等度、高度のじん肺では左右差は見られない。また、軽度のじん肺は上葉原発が多いのに対し、中等度、高度のじん肺では上葉、下葉に差はみられなかった。軽度のじん肺では中心型肺がんが多いのに対し、中等度

と高度のじん肺では末梢型肺がんが目立った。末梢型肺がん原発部位は塊状巣の好発部位と一致しており、末梢型肺がん18例中塊状巣の前端部に発生した癒痕がん1例、塊状巣形成過程の部位に生じた癒痕がん2例を含め7例は確実に塊状巣との関連性が認められた。なお、昭和35年から昭和61年までの間の自験のじん肺連続剖検例中の肺がん合併率は140例中25例、17.9パーセントで、この間の自験のじん肺剖検率(140/152、92.1パーセント)を考慮しても、肺がん合併率は高率であった、と報告している。

(七) 昭和58年9月西ドイツのルール大学で開催された第5回国際じん肺会議においては、アメリカからの炭鉱夫に対する疫学的調査からは肺がんのリスクが認められないとの2件の報告があった以外はじん肺患者に肺がんのリスクが高いとの報告(デンマークからは鋳土工について肺がんと泌尿器がんが有意に高率であったとの報告、フィンランド、スウェーデン及び日本(千代谷慶三)からはけいはい症の患者に肺がんリスクが高いとの報告、海老原勇からは低濃度けい酸じんの暴露を受けたじん肺患者肺がんのリスクが高いとの疫学的調査の報告がなされ、じん肺患者に肺がんの発生が高率であることを前提として西ドイツのヴォイトピッツの掲げた三つの仮説(①けい酸じんが直接に肺がんを発生させる、②けい酸じん暴露によって生じた肺内の組織変化が肺がん発生母地となる、③粉じんと同時に吸入した発がん性芳香族炭化水素が発がんの要因となる。)について討議が行われ、①については疫学的結果からこれを否定する考えが大多数であり、③については粉じん吸入と慢性気管支炎あるいは粉じん巢が肺がんの発生母地となるだろうとの考え方が強く打ち出され、促進要因として喫煙が指摘されたが、このような考え方に対して否定的な意見は提出されなかった。

(次号に続く)